N° 55.

DES

GRENOUILLETTES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Août 1884

Par Joseph CHABERT

Né à Valbonne (Alpes-Maritimes).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS
ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL
IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES
1884

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ✠ ✠..... Doyen
COMBAL ✠ .....
GRASSET..... } Assesseurs

PROFESSEURS :

Pathologie externe.....	MM. BOYER ✠.
Accouchements.....	DUMAS ✠.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ✠ C ✠.
Anatomie.....	BENOIT ✠ ✠.
Clinique médicale.....	COMBAL ✠ ✠
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✠.
Physique médicale...	MOITESSIER ✠.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale..	DUBRUEIL ✠.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✠ ✠.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	N...
Opérations et Appareils.....	N...

MARTINS (O ✠) FONSSAGRIVES (O ✠) COURTY (✠), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES:

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées . .	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CHALOT.	MM. DUMAS fils.
DE GIRARD.	BIMAR.	BLAISE.
SERRE.	LANNEGRACE.	BAUMEL.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU ✠	GRANEL.
MAIRET.	TÉDENAT.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CAVALIER, *président* ;
BENOIT, professeur ;
TÉDENAT, agrégé ;
JACQUEMET, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Disser, tations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur q'uelle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. CHABERT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CAVALIER

A Monsieur le Professeur Agrégé TÉDENAT

J. CHABERT.

INTRODUCTION.

Un cas de grenouillette sublinguale, que j'ai eu l'occasion d'observer au mois de juin 1884, dans la salle N.-D. de l'hôpital Saint-Éloi, m'a suggéré l'idée de faire de l'étude des grenouillettes le sujet de ma Thèse inaugurale. Une seule observation personnelle me paraissait d'abord un mince bagage, d'autant que le cas simple dont il s'agit n'est pas de nature à éclairer cette question fort obscure et encore controversée. Mais les recherches auxquelles je me suis livré ont vaincu mes hésitations. De nouvelles et intéressantes communications ont été faites dans les derniers temps aux Sociétés savantes ; des Mémoires ont paru, dont l'analyse pourra offrir quelque intérêt. J'ai donc cru qu'il ne serait pas inutile de réunir ces divers faits et d'en écrire l'histoire.

Qu'il me soit permis de remercier M. le Dr Tédenat, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, qui m'a aidé de ses conseils et a guidé mes recherches pendant la rédaction de ce travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0082

DES GRENOUILLETTES

PRÉLIMINAIRES.

Définition. — Historique. — Division du sujet.

DÉFINITION.

Qu'est-ce que la Grenouillette ?

Pendant longtemps, toutes les tumeurs sublinguales ont été désignées sous ce nom. C'est ainsi qu'on a parlé de grenouillettes graisseuses, cancéreuses.

De nos jours, il est généralement convenu d'en restreindre le sens et de le réserver aux tumeurs liquides et enkystées du plancher de la bouche.

D'où vient cette expression si caractéristique de grenouillette, de ranule ? Parmi toutes les explications qu'on en a données, les suivantes me paraissent les plus satisfaisantes :

« Ceux qui portent une pareille tumeur parlent en coassant et comme en grenouillant ». (A Paré.)

« La membrane qui la recouvre, sillonnée par des veines, rappelle la peau de la grenouille ». (Giraldès.)

Faut-il faire ici le procès du mot grenouillette et proposer à sa place celui de stomatocèle, d'hypoglossite ou tout autre terme scientifique ? Je ne le pense pas. Il a l'avantage, par sa signification indécise, de ne pas

éveiller d'idée préconçue. Un mot plus précis embrasserait, je crois, difficilement toutes les variétés de kystes sublinguaux.

HISTORIQUE.

On peut diviser en trois périodes l'histoire de la Grenouillette.

Dans une première période, on confond sous ce nom toutes les tumeurs du plancher buccal, et on émet, pour en expliquer la production, les hypothèses les plus gratuites.

Celse, dans le 12e Chapitre du 7e Livre : *De abcessu sublinguâ,* regarde cette maladie comme un abcès d'une nature spéciale.

Aétius y vit une dilatation variqueuse des veines sublinguales.

Paracelse en faisait un abcès des vaisseaux de la langue.

Abulcasis et les médecins arabes considéraient la grenouillette comme un cancer.

A. Paré inventa une théorie étrange : il dit que la ranule est formée de matière pituiteuse, froide, humide, grasse et visqueuse, tombant du cerveau sous la langue.

Fabrice d'Aquapendente range cette tumeur au nombre des enkystées et la considère comme étant de la nature du mélicéris. Dionis partage le même sentiment : pour lui, la grenouillette ne serait qu'une loupe.

Est-ce à dire que les médecins anciens commettaient là autant d'erreurs de diagnostic ? Ces erreurs ont dû se présenter souvent, il est vrai, mais dans un grand nombre de cas c'étaient bien en effet des loupes, des cancers qu'ils avaient sous les yeux. Seulement, le mot de grenouillette avait pour eux une acception fort étendue, qu'on ne doit plus lui donner sous peine de confusion.

La seconde période commence au XVIIIe siècle, suivant de près les découvertes de l'anatomie normale.

En 1664, Wharton étudia le conduit qui porte son nom. Il était tout naturel d'y placer le siège de la grenouillette. Jean Münnichs dit de cette affection qu'elle vient d'une salive trop âcre et trop épaisse, laquelle, ne pouvant sortir par les canaux salivaires inférieurs, s'amasse sous la

langue et y produit une tumeur. Pour lui, l'accumulation de la salive se fait dans les conduits qui viennent s'ouvrir sous la langue par le canal principal décrit par Wharton.

Cette manière de voir fut adoptée par la plupart des auteurs et forma la doctrine de l'Académie de Chirurgie, qui admit ainsi, pour la grenouillette, une pathogénie et une anatomie pathologique uniques.

Mais on s'aperçut bientôt que la théorie ne pouvait rendre compte de tous les faits. C'est le début de la troisième période, que j'appellerai période d'éclectisme.

Breschet, en 1828, déclare qu'on ne peut rien affirmer sur le siège de la ranule.

Dupuytren (Leçons cliniques, 1833) expose plusieurs opinions différentes.

Malgaigne surtout s'élève avec rigueur, en 1838, contre l'hypothèse exclusive de l'Académie de Chirurgie.

En 1841, Fleischmann annonce l'existence constante d'une bourse muqueuse sous la langue, et y place naturellement le siège de la grenouillette.

En 1858, Tillaux étudia minutieusement les glandes sublinguales et démontra l'existence d'un nombre plus considérable de conduits que ceux que l'on connaissait jusque-là. Il en fit l'application à la question que j'étudie.

A mesure que nous approchons de la période actuelle, les travaux se multiplient.

Il est impossible, dans ce court exposé, de faire connaître toutes les doctrines, toutes les controverses, toutes les discussions auxquelles la grenouillette a donné lieu.

Je compléterai ces notions à mesure que j'étudierai les formes spéciales des ranules.

Quelques mots peuvent résumer cet historique.

Les auteurs anciens se contentent d'hypothèses, faute de connaissances anatomiques. Puis chaque découverte nouvelle entraîne des théories trop

exclusives. Enfin arrive une période de contrôle où l'on démontre qu'on avait eu le tort de vouloir trop généraliser.

DIVISION DU SUJET.

Quelles sont les formes de grenouillettes que l'on est autorisé à admettre ?

Dans le plus grand nombre des cas, la ranule siège dans une glandule salivaire appartenant au groupe dit glande sublinguale. Il est fort probable que la dilatation des autres glandules salivaires ou même de simples glandes muqueuses peut également constituer une grenouillette. Mais ce fait n'a pas d'importance au point de vue anatomo-pathologique : en effet, la muqueuse buccale ne renferme absolument que des glandes en grappe, histologiquement semblables aux glandes salivaires.

Dans d'autres cas plus rares, la grenouillette siège dans le canal de Wharton ou dans la glande sous-maxillaire.

L'existence des kystes séreux de la bourse de Fleischmann est encore problématique. Plus problématiques encore sont les tumeurs provenant de la rupture des canaux excréteurs salivaires et s'enkystant dans le tissu cellulaire. Je réserve cependant dans mon travail une place à cette variété, dont j'aurai à discuter la réalité.

Une quatrième classe comprendra les kystes dermoïdes.

Une cinquième les kystes sanguins.

Une sixième les kystes hydatiques.

Si l'on voulait présenter sous forme de tableau une classification de ces diverses espèces de ranules, on pourrait, avec Simon Duplay, les classer comme il suit :

Grenouillettes glandulaires....	I. Kystes de glandes sublinguales. II. Kystes du canal de Wharton ou de la glande sous-maxillaire.
Grenouilletes non glandulaires.	III. Kystes du tissu cellulaire ou de la bourse de Fleischmann. IV. Kystes dermoïdes. V. Kystes sanguins. VI. Kystes hydatiques.

Dans ce tableau, les différentes variétés se succèdent par ordre de fréquence.

Je divise mon travail en neuf chapitres.

Dans le premier, j'étudierai la grenouillette sublinguale.

Dans le deuxième, les kystes du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire.

Dans le troisième, une variété de ranules qui se rattache aux deux précédentes, la grenouillette sus-hyoïdienne.

Dans le quatrième, la grenouillette séreuse.

Le chapitre cinquième sera réservé à la grenouillette dermoïde.

Le sixième, à la grenouillette sanguine.

Le septième, à la grenouillette hydatique.

Pour chacune de ces formes, je passerai en revue, autant que possible, l'Anatomie pathologique, l'Étiologie, et la Symptomatologie.

Le huitième chapitre comprendra une étude d'ensemble du Diagnostic et du Pronostic.

Le neuvième sera réservé au Traitement.

Je terminerai par un Résumé général.

CHAPITRE PREMIER.

GRENOUILLETTE SUBLINGUALE VULGAIRE.

C'est cette variété qui fait l'objet de l'Observation recueillie à l'hôpital Saint-Éloi, et que je rapporte immédiatement.

Enfant de 18 ans. Entrée à l'hôpital le 17 juin 1884 dans le service de M. Tédenat. Grenouillette salivaire sublinguale développée à gauche. Le début remonte à quatre mois environ. Développement progressif. C'est une tumeur d'un rouge violacé, sans transparence, dépressible, rénitente, du volume d'un œuf de poule. Elle dépasse en avant la ligne médiane et

présente un aspect bilobé. Les mouvements de la langue sont gênés. L'enfant présente la prononciation caractéristique. Pas de gêne de la respiration.

Opération pratiquée le 19 juin par M. Tédenat.

Ponction du kyste avec une seringue de Pravaz. Évacuation de 20 gram. environ d'un liquide rosé, trouble, visqueux. (L'examen microscopique fait dans la journée y fait constater des cellules salivaires, des hématies, de la mucine, des cellules de Leuwenhoeck.)

M. Tédenat saisit la paroi du kyste à l'aide de pinces à dents de souris, et en excise une large portion. Il bourre ensuite la cavité à l'aide d'un tampon imbibé de perchlorure de fer.

20 juin. La malade va aussi bien que possible. On enlève le tampon placé la veille. — Lavages désinfectants.

21. État satisfaisant. — Cautérisation au nitrate d'argent de ce qui reste de la paroi kystique.

22. Surface blanchâtre au niveau de la cautérisation. La poche se rétracte. Les mouvements de la langue s'accomplissent sans difficulté.

L'enfant sort deux jours après.

J'appelle, avec les auteurs du Compendium, cette variété : la grenouillette vulgaire ; c'est celle que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique.

J'ai dit dans l'Historique qu'à une certaine période régna dans la science l'opinion exclusive du siège de la grenouillette dans le canal de Wharton. Quand la réaction se fit contre cette doctrine, les auteurs s'efforcèrent de démontrer la réalité de tumeurs liquides indépendantes de ce canal.

Il n'est pas inutile de reprendre leurs arguments, ne fût-ce que pour donner les caractères généraux de la grenouillette actuelle.

1° On voit souvent la salive, avec tous ses caractères normaux, sourdre par l'orifice du canal de Wharton. Cet écoulement ne s'accompagne d'aucune diminution dans le volume de la tumeur, la pression de celle-ci ne l'augmente pas.

Si l'on place snr la langue une substance sapide quelconque, pendant qu'on tient relevée la pointe de la langue, on voit la salive sortir de

chaque côté de la ligne médiane par l'orifice du canal de Wharton ou *Ostium ombilicale*.

2° On sonde le canal de Wharton et l'on constate qu'il passe à côté de la tumeur.

3° Les résultats du traitement peuvent être aussi invoqués. On possède un grand nombre d'exemples de kystes oblitérés rapidement à la suite d'injections iodées. Eh bien ! on n'a observé aucune rétention de la salive derrière la cicatrice, aucun gonflement de la glande sous-maxillaire.

4° La dissection est une preuve plus démonstrative encore. Dans un cas où M. R. Marjolin avait enlevé un large lambeau de la tumeur, Follin disséqua la pièce avec beaucoup d'attention et il fut facile de trouver derrière la tumeur le conduit de Wharton bien isolé.

Ainsi, un grand nombre de kystes sublinguaux n'ont avec le canal de la glande sous-maxillaire que des rapports de voisinage.

I. — Anatomie pathologique.

La grenouillette sublinguale présente généralement les caractères suivants :

La tumeur est placée au-dessous de la muqueuse buccale, qui ne lui adhère pas intimement ; elle repose sur les muscles mylo-hyoïdien et hyoglosse, auxquels elle paraît adhérer davantage. La tumeur est allongée d'avant en arrière. Placée exclusivement sur un des côtés dans la plupart des cas, elle s'avance chez quelques-uns au delà de la ligne médiane, et passe sous le frein qui lui donne l'aspect bilobé.

Elle est constituée par une poche close de toutes parts. Elle a pour paroi propre une membrane mince, dont la surface interne est lisse et en contact avec le contenu liquide, dont la surface externe présente les connexions déjà indiquées, et se trouve de plus en rapport avec le canal de Wharton. Celui-ci longe sa partie inférieure, quelquefois sa partie postérieure, et reste habituellement perméable. La paroi de la poche présente exceptionnellement des épaississements de consistance cartilagineuse.

Le volume de la grenouillette, qui est habituellement celui d'une amande ou d'une noix, peut atteindre des dimensions beaucoup plus considérables, et la tumeur, exclusivement sublinguale à son début, refoule le plancher de la bouche et vient faire saillie à la région sous-maxillaire. Elle repousse ensuite la langue en arrière, et peut même exercer une telle pression sur les dents, que celles-ci, déviées de leur direction, relèvent les lèvres ou se creusent des cavités dans les parois mêmes du kyste.

Voici, d'après le résumé d'une Note de Robin lue à la Société de Biologie, l'examen microscopique de la tumeur :

La surface interne est lisse et offre plus l'aspect d'une séreuse que d'une muqueuse. L'épaisseur de la membrane est d'un millimètre au plus. La structure, examinée de dehors en dedans, offre les particularités suivantes :

La face interne est tapissée d'un épithélium discontinu, composé d'une seule couche, ou rangée de cellules, la plupart prismatiques, longues de trois à quatre centièmes de millimètre.

Au-dessous de cet épithélium, et immédiatement à nu dans les points où celui-ci manque, on trouve une couche épaisse de 1 à 2 dixièmes de millimètre, composée de matière amorphe et de corps fusiformes fibroplastiques.

L'épithélium est très analogue à celui que l'on trouve dans les canaux excréteurs salivaires, près des points où il se continuent avec les acini glandulaires. La couche de matière amorphe présentant quelques corps fusiformes se trouve également dans les conduits immédiatement au dessous de l'épithélium. Ces particularités anatomiques donnent donc à penser que la poche de la grenouillette est due à une dilatation d'un conduit glandulaire excréteur, ou peut-être à un petit lobule secréteur.

En dehors de la couche décrite précédemment, se trouve une couche de fibres de tissu lamineux, non disposées en faisceaux, très élégamment entrecroisées, toutes un peu onduleuses et parcourues par de nombreux capillaires pleins de sang, formant des mailles assez étroites. A la face profonde de cette couche existent de nombreuses fibres élastiques.

A la face externe des deux lambeaux des parois du kyste, on trouve çà

et là des grains glanduleux, très adhérents, semblables par leur structure à ceux des glandes salivaires normales.

Quant au contenu, c'est habituellement un liquide transparent, épais, visqueux, analogue à du blanc d'œuf, et dont la coagulation facile par la chaleur et l'acide nitrique montre qu'il est composé en grande partie d'albumine. Dans quelques cas, ce liquide présente une couleur rosée au rouge sucre d'orge due au sang, ou bien une couleur jaunâtre, indice de la présence du pus. Il peut renfermer aussi des concrétions de matière albumineuse blanchâtre, ressemblant à des grains de semoule. On y rencontre encore de petits graviers et du sable. Ce liquide, qui au microscope présente les caractères de la salive, diffère chimiquement de la sécrétion salivaire normale par l'absence du sulfocyanure de potassium et par la présence de pyine et de mucine.

II. — Étiologie.

Nous ne sommes pas très avancés sur les causes qui sont susceptibles de produire la grenouillette.

Il existe des faits bien observés de tumeur enkystée congénitale du conduit de Wharton. Pour la variété qui m'occupe en ce moment, on cite, entre autres faits, une observation de Paul Dubois (*Gaz. méd. Paris*, 1833, p. 338) ; ce n'était pas à proprement parler une tumeur du plancher buccal. Elle siégeait dans l'épaisseur de la langue ; c'était un kyste salivaire, résultat de la dilatation d'une des petites glandules décrites par Blandin et par Nühn dans l'épaisseur même de la pointe de la langue.

Il faut faire des réserves sur cette observation et sur les autres faits du même genre. On a confondu, dit Breschet, la grenouillette proprement dite avec des kystes séreux, sublinguaux, résultat de l'ampliation de kystes séreux du cou. L'analyse chimique n'a pas démontré dans ces tumeurs la présence de la salive.

Pendant les premières années de la vie, la grenouillette est assez rare. On a dit qu'elle devient fréquente dans la seconde enfance. Demons

(Thèse de Paris, 1868), en compulsant 62 observations où l'âge est indiqué, a trouvé que le maximum de fréquence est de 10 à 35 ans.

Les auteurs du *Compendium* la croient plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Demons est d'un avis contraire.

L'influence des professions est nulle. Samuel Cooper a prétendu que les professions qui nécessitent de fréquents mouvements de la langue y prédisposaient, comme, par exemple, la déclamation, le chant ; c'est sans doute là une idée *à priori*.

Les causes locales semblent devoir être plus faciles à préciser. Les auteurs citent des affections de la muqueuse buccale, ulcérations, aphthes, stomatites, comme déterminant la formation de kystes sublinguaux par oblitération des orifices excréteurs des glandes.

Tillaux a trouvé sur des chevaux plusieurs de ces conduits oblitérés par par des calculs, et ayant subi en arrière de l'obstacle un commencement de dilatation. M. Cl. Bernard a fait plusieurs fois la même observation.

L'action d'une forte chaleur a été mentionnée dans un cas de Denonvilliers. On a admis aussi, chez les enfants, l'action de liquides trop chauds versés dans la bouche, de l'introduction brusque et répétée du biberon, de la section du filet.

Les morsures de la langue, par le fait de la stomatite consécutive, expliqueraient la fréquence relativement plus grande des grenouillettes chez les épileptiques.

Le plus souvent, les commémoratifs ne révèlent aucune cause capable d'expliquer la maladie.

III. — Symptomatologie.

Le début est le plus souvent lent et insidieux, et se fait à l'insu du malade, qui s'aperçoit un jour par hasard qu'il a sous la langue une tumeur arrondie, grosse comme une bille environ. Cette tumeur s'accroît peu à peu et acquiert les dimensions d'une amande, d'une noix, d'une orange. Sa forme est arrondie ou aplatie de haut en bas. Elle est molle, compressible, élastique. La muqueuse présente son aspect normal, ou bien elle

est amincie, transparente. Des vaisseaux se dessinent à sa surface. La grenouillette siégeant ordinairement d'un seul côté de la région sublinguale, la langue est repoussée en haut et du côté opposé. Pendant le phénomène de l'effort, on voit, dans certains cas, la tumeur se tendre et paraître plus vasculaire. En fixant le plancher buccal avec quelques doigts appliqués sur la région sous-maxillaire, il est aisé de constater de la fluctuation ou une sensation de rénitence.

Tel est le cas le plus simple. Mais la tumeur peut dépasser la ligne médiane et s'étrangler plus ou moins sous le frein de la langue, de manière à se diviser en deux lobes. Les doigts peuvent faire refluer le liquide d'une poche à l'autre.

L'accroissement de volume va plus loin encore. Rejetant en haut la voûte palatine, la tumeur s'étend en bas aux dépens de la région sus-hyoïdienne. La saillie peut descendre plus ou moins bas le long du cou.

Quelques malades ont, par incurie, laissé arriver leur kyste à des dimensions colossales. Dans une observation rapportée par Louis, une religieuse des Annonciades portait sous la langue une tumeur qui remplissait toute la bouche, et avait repoussé en dehors les dents des deux mâchoires.

Les troubles fonctionnels marchent parallèlement à cet accroissement de volume. La langue est le premier organe troublé manifestement dans ses fonctions. L'articulation des sons est altérée. La voix devient comme coassante, ou bien il se produit une espèce de zézayement ou de bégayement (J.-L. Petit). La mastication est gênée par suite de la difficulté du rapprochement des mâchoires. Le passage des aliments ne s'effectue plus aisément. La respiration elle-même finit par en souffrir. Chez les nouveau-nés, la grenouillette développée arrive assez vite à gêner la succion. Enfin le renversement de la langue en arrière peut amener des accès de suffocation.

Cette affection reste presque toujours indolente. Rarement la tumeur s'enflamme, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement mal dirigé. Alors elle devient douloureuse. Un abcès peut se former à la suite d'une de ces crises. Mais ce phénomène est rare dans la variété que j'étudie; il est fréquent dans les kystes du canal de Wharton.

Arrivée à un grand degré de distension, la ranule se rompt quelquefois spontanément, et la bouche du malade est remplie d'un liquide incolore et filant. Cette rupture se produit ordinairement au moment du repas. La tumeur disparaît alors rapidement, la gêne cesse. Mais le pertuis qui a donné issue au fluide se referme bientôt, et au bout de huit à quinze jours la grenouillette a repris son volume primitif. L'un des auteurs du *Compendium* a vu une dame chez laquelle cette rupture avait lieu tous les cinq ou six mois, si bien qu'aucune opération ne fut nécessaire. La malade mourut cinq ans après d'une autre affection.

Telle est l'allure ordinaire de la grenouillette sublinguale, allure chronique et insidieuse. Peut-elle se présenter à l'état aigu ?

Quelques malades ont assuré que la tumeur s'était formée en quelques heures. On peut se demander si, en pareil cas, le mal n'existait pas depuis longtemps, et si le patient ne s'était pas trompé en attribuant à la tumeur une origine récente, par cette seule raison qu'il l'avait remarquée depuis peu de temps ?

Il ne faut donc accepter qu'avec réserve les rares faits qui attribuent une marche aiguë à la grenouillette sublinguale.

CHAPITRE II.

GRENOUILLETTE DU CANAL DE WHARTON ET DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE.

Avant d'entreprendre l'étude de cette variété de ranule, il est nécessaire d'en établir la réalité.

Ce n'est pas là une discussion inutile, et je n'en veux pour preuve que ces paroles de Broca à la Société de Chirurgie, en 1866 :

« Il est bien prouvé que le canal de Wharton peut se dilater, mais cette dilatation et la grenouillette sont choses très distinctes. On avait donné comme siège anatomique à la grenouillette le conduit de Wharton, parce que

les autres canaux salivaires n'étaient pas connus. On sait aujourd'hui d'une matière définitive que la grenouillette est une tumeur enkystée qui a pour origine un des nombreux conduits des glandes sublinguales.»

« Lorsqu'on analyse les symptômes, on voit que la dilatation du conduit de Wharton s'accompagne de phénomènes douloureux dus à la rétention de la salive et d'une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne au niveau de la glande sublinguale. Le conduit salivaire où se fait l'accumulation du liquide, et la glandule qui y est annexée, sont d'un trop petit volume pour qu'un phénomène de rétention puisse se produire. La grenouillette est une tumeur essentiellement chronique, circonscrite, indolente, demi-transparente, aussi constante dans sa situation et dans ses rapports que peut l'être l'hydrocèle de la tunique vaginale. La dilatation du canal de Wharton peut se présenter à l'état aigu. Il ne faut donc pas confondre les deux affections. »

Les arguments principaux de Broca sont : l'absence de douleur de rétention et la chronicité de la ranule ordinaire, et les caractères tout opposés de la ranule sous-maxillaire. Or, on possède des observations de Guyon, de Richet, de Robert, qui ont trait à des tumeurs chroniques indolentes, demi-transparentes et appartenant manifestement au canal de Wharton.

Les auteurs du *Compendium* et M. A. Desprès dans son article du *Diction. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, font entrer la dilatation de ce canal dans le cadre des grenouillettes. M. Verneuil est du même avis.

La logique conduit aussi à placer à côté d'elles les dilatations aiguës de ce conduit, qui s'accompagnent le plus souvent d'intumescence de la glande sous-maxillaire. Dans quelques cas en, effet, la grenouillette d'abord aigüe tend à revêtir, au moins passagèrement, les caractères de la chronicité. Or il serait absurde de séparer radicalement des affections, qui peuvent, ne fût-ce qu'exceptionnellement, se transformer l'une dans l'autre.

I. — Anatomie pathologique.

On n'a pas souvent l'occasion de faire l'autopsie de semblables tumeurs. D'autre part, l'extirpation est une opération contre-indiquée.

Dans une observation de grenouillette congénitale due à Guyon, la plus démonstrative, car aucune opération n'avait été tentée avant la nécropsie, voici ce que l'on trouva :

La tumeur formait sous le côté droit de la langue une saillie allongée, du volume du petit doigt environ. Le conduit de la glande sous-maxillaire offrait deux fois le volume d'une plume d'oie. La dilatation portait sur la moitié antérieure du conduit. Il était cependant élargi dans toute son étendue.

L'imperforation du canal était facile à constater, en injectant de l'eau par une petite ouverture pratiquée à son extrémité postérieure. Le liquide salivaire contenu dans le canal dilaté était transparent et visqueux, entièrement semblable à celui que sécrète la glande sous-maxillaire.

Cette dernière était parfaitement normale.

L'ectasie du canal de Wharton est liée fréquemment à la présence de calculs. Mais ce serait, je crois, sortir de mon sujet que de faire l'étude anatomo-pathologique des calculs salivaires.

II. — Étiologie.

Je viens de dire qu'il existe des cas de grenouillettes congénitales par imperforation du canal de Wharton.

Le cas de Guyon est le plus complet (*Bull. Soc. Chir.*, 1866).

L'enfant était du sexe féminin, née avant terme, vers le huitième mois de la grossesse. Restée faible, elle succomba le huitième jour. Guyon regretta de ne l'avoir pas opérée, malgré son peu de vitalité.

La tumeur fut découverte le lendemain de la naissance.

D'une couleur blanc rosée, semi-transparente, fluctuante, tendue pendant le cri ou l'effort, elle présentait tous les caractères de la grenouillette. Elle ne paraissait pas douloureuse au toucher, la succion pouvait s'opérer.

Claudot, dans un Mémoire inséré aux *Archives de Médecine* de 1874, divise les grenouillettes dont il s'agit, au point de vue de leurs causes, en symptomatiques et idiopathiques.

Les premières sont consécutives à l'introduction d'un corps étranger ou à la formation d'un calcul.

Les secondes résulteraient, soit d'une inflammation de la muqueuse buccale ou du canal salivaire, soit d'un spasme des parois, soit d'un épaississement du produit de sécrétion.

Les premières sont incontestables.

Les secondes sont bien difficiles à admettre *à priori*

Le spasme n'est guère admissible dans un conduit à parois minces (Cruveilhier les compare à celles des veines), contenant seulement quelques fibres musculaires lisses. Et puis, il faudrait trouver une raison à ce spasme. On comprend qu'il se produise dans le cas de calculs, de corps étrangers, en un mot quand il existe une cause irritante locale ; mais, en dehors de ces conditions, on se demande ce qui déterminerait le spasme.

Quant à l'épaississement de la salive, il est encore plus hypothétique.

Enfin M. Desprès, dans l'article déjà cité, pense que des ectasies du canal de Wharton peuvent survenir consécutivement à une inflammation développée sur son trajet. On peut, à ce sujet, rappeler une observation de Laugier, qui a vu une dilatation du conduit de Wharton par suite de l'oblitération de son orifice antérieur par une fausse membrane (?). Il la combattit par des émollients, et au bout de deux ou trois jours, quand l'inflammation fut dissipée, on faisait sourdre par l'ouverture du conduit de la salive très limpide (Soc. Chir., séance du 18 nov. 1864).

Quoi qu'il en soit, il existe plusieurs observations de grenouillettes salivaires qu'il n'est possible de rattacher ni à la présence d'un calcul ou d'un corps étranger, ni à une imperforation congénitale. Et ces observations sont dues à des chirurgiens éminents, à Jobert, à M. Forget, à M. Richet.

Mais il faut reconnaître que dans l'immense majorité des cas, les grenouillettes salivaires sont symptomatiques.

L'introduction de corps étrangers dans le canal de Wharton est un fait extrêmement rare, chez l'homme du moins, ce qui s'explique, d'une part par la petitesse de l'orifice de ce conduit et sa situation sur un repli mobile de la muqueuse, de l'autre par le genre habituel de nourriture propre à l'homme.

Mais ces faits s'observent fréquemment dans la médecine vétérinaire.

Les affections dites parotite et maxillite s'observent sur les animaux qui font usage d'aliments durs, irritants pour la bouche et pouvant s'enfoncer dans les orifices des conduits excréteurs des glandes salivaires. Les balles de brome stérile, graminée très commune dans les luzernes de première coupe, les grains d'avoine, les axes ou rachis des épis de graminées, et tous les épillets de ces plantes, sont dans ce cas. Il en résulte la rétention de la salive et une sorte de grenouillette.

Chez l'homme, l'histoire des corps étrangers du canal de Wharton se réduit à un petit nombre d'observations.

Chassaignac a cité deux faits de ce genre. Dans l'un, communiqué à la Société de Chirurgie le 18 juillet 1849, il s'agit d'un fragment de paille.

Dans un cas dû à Robert, chirurgien des Hôpitaux (*Soc. Anat.*, 5e année, 1829), il s'agit d'un crin dont se servent les cordonniers pour diriger le fil avec lequel ils cousent leurs cuirs, et qu'ils portent souvent entre les dents pour le couper.

Dans une observation appartenant à Délrey (de la Nouvelle-Orléans) (extrait de la *Revue médico-chirurgicale*, 1853), c'est une arête de poisson qui s'introduisit dans l'ostium ombilicale.

Enfin M. Claudot cite le fait d'un fragment d'épi, long de 2 centim., ayant pénétré par le même orifice.

Il est probable que les *Annales de la Science* renferment d'autres observations du même genre. Mais je répète qu'elles sont rares.

Après les corps étrangers, viennent les calculs salivaires.

Les observations de Chassaignac, de Jarjavay, de Bouchut, montrent que dans les cas où le canal de Wharton est oblitéré par un calcul, il y a une dilatation de conduit en arrière, une véritable tumeur. Cette opinion a été combattue par Closmadeuc (Thèse de Paris, 1855). Sur 100 observations analysées par cet auteur, il n'y avait pas une seule grenouillette, c'est-à-dire pas un seul cas de dilatation permanente en arrière du calcul.

Cependant, il faut reconnaître qu'il y a, dans la plupart de ces observations, une dilatation intermittente du conduit en arrière du calcul; la salive s'accumule au moment des repas et quand le calcul est engagé dans

l'orifice du conduit. La rétention de la salive est plus complète, il y a alors une tumeur kystique évidente.

III. — Symptomatologie.

On peut diviser la marche de l'affection que j'étudie en ce moment en deux périodes : une période inflammatoire, qui est particulière aux corps étrangers, une période kystique, commune aux corps étrangers et aux calculs.

Il faut reconnaître qu'il est difficile de faire ici la part de ce qui appartient exclusivement à la grenouillette. Si l'on s'en tenait à la définition de Broca rapportée plus haut, toute cette description serait un hors-d'œuvre. J'ai dit plus haut les raisons qui me font adopter même la forme aiguë de la grenouillette salivaire, au moment où elle se caractérise par une série de symptômes que Verneuil préfère appeler coliques salivaires.

Les phénomènes morbides semblent apparaître quelques heures seulement après l'introduction du corps étranger. Dans une observation, celle de Délery, le moment précis du traumatisme a pu être spécifié : il s'agissait de l'introduction d'une arête de poisson, et les accidents débutèrent brusquement et violemment dans la nuit qui suivit un repas composé de truites ; ce qui est incontestable, c'est que le début est brusque, accompagné même souvent de phénomènes fébriles. Durant les premières semaines au moins, les symptômes gardent cette allure d'acuité. Ils consistent en un gonflement douloureux qui, dans tous les cas, s'est étendu à toute la région sous-maxillaire correspondante.

Le processus semble avoir pour point de départ, d'un côté, l'irritation et le gonflement inflammatoire du conduit; de l'autre, l'oblitération mécanique de l'orifice. Il en résulte la rétention salivaire, une dilatation du canal, et, par propagation, un degré variable d'inflammation dans la glande sous-maxillaire.

Cette série de phénomènes s'est généralement développée déjà quand le malade se présente au chirurgien. On constate alors la présence d'une double tumeur, l'une sublinguale, l'autre sous-maxillaire ; celle-ci

située en arrière, fluctuante et rénitente ; la première, au contraire, dure et évidemment solide. Lorsque quelques jours se sont écoulés, il s'y joint un nouveau symptôme, l'écoulement d'un liquide muco-purulent qui vient sourdre par l'orifice du canal de Wharton, soit spontanément, soit lorsque l'on comprime la tumeur intra-buccale.

Le développement du pus ne suffit pas ordinairement à déterminer l'expulsion du corps étranger. Il peut très bien se frayer un passage entre celui-ci et les parois du canal, et s'écouler au dehors. De plus, la sinuosité, l'étroitesse du conduit, le spasme dont il peut devenir le siège, rendent bien hypothétique la sortie du corps étranger par cette voie. En effet, il resta dans le canal pendant de longues années chez le malade de Délery.

Ainsi, le corps étranger n'ayant pas de tendance à sortir par l'orifice naturel, que devient-il si le chirurgien n'intervient pas ?

Chez le malade de Robert, le corps étranger, une soie de sanglier, s'ouvrit une voie au dehors, grâce à sa rigidité particulière et à sa forme acérée. Plusieurs ulcérations se développèrent : la soie de sanglier finit par faire hernie au travers de l'une d'elles, et fut facilement extraite.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent d'ordinaire. Le chirurgien, à l'aide des émollients et des antiphlogistiques, réussit à calmer les phénomènes d'inflammation. Le kyste seul persiste, et son contenu, d'abord purulent, finit par devenir séreux et même salivaire. La maladie prend alors la forme de la grenouillette calculeuse. A cette deuxième période, l'un et l'autre sont le plus souvent confondus, et à l'endroit, car leur nature est devenue presque identique, le corps étranger se transformant peu à peu en calcul. Cela résulte, et de ce que l'on sait en physique sur la précipitation des sels en dissolution, et des nombreuses observations de ce genre que la science possède pour les corps étrangers de la vessie.

Qui sait même si un certain nombre de calculs salivaires ne réclament pas une pareille origine ? Car plus d'un a été conservé intact, sans que l'on se soit assuré que le centre ne contenait pas un noyau venu du dehors.

Dans la seconde période, ou période kystique, la physionomie de la

ranule salivaire est variable. Je dois ajouter qu'elle n'est pas constante, la présence du calcul pouvant se manifester par une série d'abcès aigus, sans dilatation notable du canal. Mais, dans certains cas, la tumeur a une marche chronique ; son contenu n'est pas purulent, elle se vide dans l'intervalle des repas parce que la sécrétion est alors peu abondante, et que le calibre du conduit rétréci par le corps étranger suffit à l'excrétion. Au contraire, la mastication, en provoquant un afflux de salive, ramène à la fois la tumeur, la gêne et les douleurs. Il est extrêmement probable que la présence du calcul entretient constamment dans le canal une perméabilité relative. En comprimant avec le doigt la grenouillette calculeuse, on détermine la sortie d'un liquide séreux ou purulent par l'*ostium ombilicale*. Dans la plupart des cas, le cathétérisme de cet orifice à une profondeur variable sera également possible, et permettra de reconnaître directement la présence du corps étranger.

En outre, la plupart des observations de calculs salivaires prouvent que le calcul a de la tendance à progresser d'arrière en avant dans le conduit, et qu'il finit tôt ou tard par s'engager dans l'orifice. A ce moment, le malade, s'il ne l'a pas fait plus tôt, consulte le chirurgien, qui procède d'ordinaire assez facilement à l'extraction du calcul, en le faisant précéder au besoin d'un léger débridement. Sans cette intervention, on a le droit de supposer que, dans la plupart des cas, le calcul serait spontanément expulsé, le plus souvent après avoir ulcéré la muqueuse sur une certaine étendue.

Pendant tout ce temps, il reste un certain engorgement chronique de la glande sous-maxillaire.

CHAPITRE III.

GRENOUILLETTE SUS-HYOIDIENNE.

Ce chapitre est le résumé d'un travail de M. Delens paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1881.

J'y ajoute une observation remarquable de M. Dieu, médecin en chef de l'hôpital de Sétif (Algérie), dont la communication à la Société de Chirurgie fut l'occasion d'une intéressante discussion.

La grenouillette, que les auteurs du *Compendium* ont désignée sous le nom de grenouillette sus-hyoïdienne, est une de celles dont l'étude laisse le plus à désirer.

On sait que la grenouillette de la glande sous-maxillaire fait saillie à la région sus-hyoïdienne. Il n'en faudrait pas conclure que tous les faits publiés sous le titre de grenouillette sus-hyoïdienne ne sont que des cas de grenouillettes de la glande sous-maxillaire. La question est en réalité plus complexe.

En effet, la glande sublinguale, lorsqu'elle atteint un volume excessif, peut faire saillie au-dessous du maxillaire ; les grenouillettes sous-maxillaire et sublinguale peuvent coexister, bien que le plus souvent elles succèdent l'une à l'autre.

Lorsquelles existent simultanément, tantôt elles restent indépendantes, conservant chacune son siège primitif et ses cacactères propres, tantôt elles communiquent entre elles. Enfin, l'une ou l'autre se complique parfois de l'existence d'un kyste séreux, développé en dehors des acini de la glande.

Ainsi, la grenouillette sus-hyoïdienne n'est pas un kyste dont l'origine soit constante, mais c'est plutôt un groupe clinique constitué aussi bien par le développement de la glande sous-maxillaire que par un accident dans le développement de la grenouillette sublinguale.

Les chirurgiens anciens ont fait allusion à des faits qui se rapprochent singulièrement de ceux que j'étudie en ce moment.

J.-L. Petit, Louis, Boyer, Dupuytren, Jobert, ont décrit des grenouillettes faisant saillie à la région sus-hyoïdienne. Mais ce sont là plutôt des faits de ranules ayant acquis assez de développement pour apparaître au dessous des machoires.

C'est dans le *Compendium de Chirurgie* que l'on trouve pour la première fois, nettement indiquée, l'existence de la grenouillette sus-hyoïdienne. MM. Denonvilliers et Gosselin consacrèrent un court chapitre à cette affection, à laquelle ils imposèrent la dénomination qui lui a été conservée.

Depuis, un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet. Je dois citer la Thèse de Cadiot (Paris, 1879), Delens, dont le mémoire déjà cité a relevé huit observations antérieures, et en ajoute quatre personnelles.

Je présente ici l'observation de M. Dieu (*Soc. de Chirurgie*, 1881, pag. 462).

Lassale (Louise), petite fille âgée de 7 ans, entre le 2 septembre 1881 à l'hôpital de Sétif.

Les parents, depuis deux mois environ, se sont aperçus que leur enfant avait sous la langue une tumeur qui allait tous les jours en augmentant. Cette tumeur, absolument indolente, est située sous la langue, au niveau du plancher de la bouche ; elle est de la grosseur d'une noix, bilobée, le frein de la langue la séparant en deux parties égales. Elle est fluctuante, à parois minces et transparentes, sans changement de la coloration de la muqueuse. Elle repousse la langue en haut vers le palais. Si on place un grain de sel sur le plancher de la bouche, on voit sourdre la salive par le conduit de Wharton. Le diagnostic porté est grenouillette développée dans une glandule sublinguale.

Le 7 septembre, opération.

Un ténaculum est enfoncé dans la tumeur. Excision à coups de ciseaux de la plus grande partie de la paroi supérieure du kyste. Il s'écoule une

assez grande quantité d'un liquide jaune, filant et visqueux. Le kyste étant débarrassé du liquide, M. Dieu fait une forte cautérisation des parois de la poche avec un crayon de nitrate d'argent.

L'enfant sort trois jours après dans un état satisfaisant.

Six mois après, c'est-à-dire au mois de mars 1881, elle revient à l'hôpital ; elle est dans l'état suivant :

Une tumeur volumineuse, de la grosseur d'une mandarine, siègesous le menton ; elle est située sur la ligne médiane, qu'elle déborde également de chaque côté ; elle est indolente, sans changement de couleur à la peau, arrondie, peu tendue, et elle offre une sensation vague de fluctuation. Si on fait ouvrir la bouche à l'enfant, on voit le plancher buccal soulevé par une nouvelle tumeur kystique, beaucoup moins volumineuse que celle qui avait été opérée. Ce kyste intra-buccal augmente considérablement de volume si on comprime la tumeur sus-hyoïdienne, et il est très vraisemblable que les deux poches communiquent largement entre elles.

D'après le dire des parents, cette tumeur aurait commencé à se développer trois mois environ après la première opération, c'est-à-dire vers le mois de janvier 1881.

Opération le 8 avril.

Sachant les difficultés que l'on éprouve d'ordinaire à faire sortir par un trocart leliquide visqueux et filant de ces tumeurs ; craignant d'autre part d'avoir une réaction trop vive, M. Dieu résolut de disséquer le kyste sus-hyoïdien et d'en exciser le plus largement possible les parois.

Ce chirurgien fit sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne une incision de la peau dépassant la tumeur en haut et en bas. Le kyste fit immédiatement saillie entre les lèvres de la plaie. Il disséqua très profondément la tumeur, qui s'énucléa comme un kyste sébacé. A la fin de la dissection, le kyste se creva, et il s'en écoula un liquide visqueux, très filant, jaune brun foncé.

Dès que la poche fut vidée, il attira fortement les parois du kyste, qui s'engageait dans une boutonnière assez large formée par les muscles génio-hyoïdien et génioglosse, et il les excisa à l'aide de quelques coups de ciseaux.

Il fut aisé de voir que le kyste sus-hyoïdien communiquait largement avec le kyste sublingual par une ouverture à peu près semblable à la glotte, les lèvres de cette ouverture étant représentées par les muscles génio-hyoïdien et génioglosse.

Une sonde molle, introduite par cette ouverture, vint faire saillie sous la muqueuse du plancher de la bouche, qui était complètement affaissé.

Craignant d'avoir laissé dans la plaie, qui était profonde, des débris de la poche kystique, le chirurgien renonça à la réunion immédiate : il se contenta de bourrer la plaie avec des boulettes de charpie trempées dans de l'eau de Pagliari ; un bandage simple maintint le pansement.

Je passe rapidement sur les suites de l'opération. Il me suffira de dire que la petite malade sortit le 12 mai sans avoir éprouvé le moindre accident. Le plancher de la bouche était complètement affaissé ; les conduits de Wharton étaient toujours perméables, et il ne restait de cette affection qu'une petite cicatrice linéaire dissimulée par la saillie du menton.

I. — Anatomie pathologique.

Aucune autopsie n'a permis de vérifier la disposition anatomique du kyste ou des kystes qui constituent la grenouillette sus-hyoïdienne

Tout indique cependant que le siège du kyste est, ainsi que l'affirme Giraldès, le tissu cellulaire situé au-dessous de l'aponévrose superficielle du cou, et non dans le tissu cellulaire intermusculaire. La mollesse de la tumeur, l'absence de limites précises, le volume considérable qu'elle prend parfois, en sont une preuve suffisante. Ces mêmes caractères prouvent également que les parois du kyste n'ont qu'une très faible épaisseur.

S'il existe deux poches, l'une intra-buccale, l'autre sus-hyoïdienne, ces deux poches peuvent rester indépendantes; il y a alors simple coïncidence d'une grenouillette sublinguale et d'une grenouillette sous-maxillaire. Mais souvent le kyste est bilobé et ses deux moitiés communiquent ensemble d'une façon évidente. Cette communication est signalée dans un certain nombre d'observations. Elle est manifeste dans celle de M. Dieu.

Le liquide de la grenouillette sus-hyoïdienne est toujours un liquide filant, visqueux, coloré en jaune, quelquefois brunâtre ou orange. Il est en tout analogue à celui de la grenouillette sublinguale. Dans quelques cas, sa viscosité est extrême. Chez certains malades, la consistance est comparable à celle du corps vitré et l'issue par une canule est très difficile. Chez un malade de Nélaton, la ponction faite avec un trocart de 4 millim. ne put donner issue au liquide, en raison de sa viscosité. Nélaton dut inciser la poche sublinguale pour la vider. Ce liquide précipite abondamment par la chaleur et l'acide nitrique.

Lorsque la vicosité du liquide fait défaut ou est peu prononcée, il y a lieu de mettre en doute l'origine salivaire du kyste. Dans un cas de M. Périer, le liquide extrait par la ponction était séreux. Or, le kyste sus-hyoïdien était indépendant des glandes sublinguale et sous-maxillaire.

L'examen microscopique a fait constater souvent dans le liquide retiré par la ponction, des globules rouges du sang généralement altérés, et un certain nombre de cellules épithéliales polygonales. Ces cellules étaient pour la plupart surchargées de granulations graisseuses.

II. — Étiologie et Pathogénie.

L'influence du sexe est nulle d'après les quelques observations que l'on possède.

La période moyenne de la vie est celle qui paraît le plus disposée à l'affection.

On a cité cependant des cas de grenouillette sus-hyoïdienne congénitale. Schwérin a publié en 1877 l'observation d'un nouveau-né atteint d'une grenouillette congénitale et d'une tumeur au-devant du cou, assez considérable pour gêner l'alimentation. La mort survint le douzième jour, et l'autopsie montra qu'il s'agissait de kystes multiples à contenu séro-sanguinolent, formés aux dépens des glandules sublinguales.

Le plus souvent, les causes occasionnelles et déterminantes de la maladie échappent complètement.

Chez une malade, un érysipèle de la face avait précédé de six semaines l'apparition de la tumeur sublinguale et sus-hyoïdienne.

Chez une autre, on remarquait à la région sous-maxillaire une petite cicatrice, dont elle expliquait l'existence par l'ouverture d'un abcès déterminé par l'introduction d'une barbe d'épi de blé au-dessous de la langue. Le corps étranger aurait-il pénétré dans le conduit de Wharton ? On ne put avoir des renseignements précis sur ce point.

La pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne est la partie la plus difficile de son étude.

Cette affection n'est pas toujours identique à elle-même. Mais elle se distingue par deux caractères constants : l'origine salivaire, et la saillie du kyste à la région sus-hyoïdienne.

Ces deux conditions peuvent être réalisées dans quatre cas.

1° Il existe une tumeur sus-hyoïdienne sans coïncidence de tumeur intra-buccale. Ce cas paraît être le plus rare. Il en existe une brève observation due à Gross. On rencontre quelquefois, dit-il, des kystes de la glande sous-maxillaire. Le plus remarquable exemple que j'aie vu jusqu'ici s'est présenté chez une femme. Il était apparu dix-sept ans auparavant et était un peu plus volumineux qu'un œuf de dinde. Il était mou, fluctuant, sans douleur, sans aucune dilatation des veines sous-cutanées. La ponction donna issue à un liquide épais, visqueux, indiquant qu'il était formé vraisemblablement de fluide salivaire altéré.

Dans ce cas, le développement primitif du kyste à la région sous-maxillaire ne peut être nié.

2° Une tumeur primitivement sublinguale, par suite d'un développement excessif, peut faire saillie à la région sus-hyoïdienne.

C'est là encore un fait exceptionnel. J.-L. Petit cite le cas d'une femme dont la tumeur avait pris un développement considérable dans la cavité buccale. Ne pouvant être contenue dans la bouche, elle avaité carté les muscles génio-glosse et génio-hyoïdien ; elle s'était étendue entre les deux branches de la mâchoire inférieure et faisait une saillie considérable entre le menton et l'os hyoïde.

3° Le plus ordinairement, il a existé ou il existe encore une tumeur sublinguale au moment où apparaît la tumeur sus-hyoïdienne. C'est ce qui est arrivé dans l'observation de M. Dieu. Les malades ont porté pendant un certain temps une grenouillette sublinguale. Le plus souvent, cette grenouillette a été opérée et a récidivé ; puis, au bout de quelque temps, est apparue la tumeur sus-hyoïdienne. Parfois, après une existence passagère, la grenouillette sublinguale a disparu, et le kyste sous-maxillaire existe seul au moment où le malade se soumet à l'examen du chirurgien.

Ces deux tumeurs, tantôt sont indépendantes, tantôt elles communiquent entres elles. Si les deux tumeurs sont indépendantes, on peut supposer qu'il s'est développé simultanément une grenouillette aux dépens de la glande sous-maxillaire et une seconde grenouillette aux dépens de la glande sublinguale.

Lorsque les deux tumeurs communiquent entre elles, le cas est embarrassant. On peut admettre l'une des deux hypothèses suivantes :

Un kyste primitivement développé dans la glande sublinguale pousse un prolongement à travers les fibres du muscle génio-glosse au mylo-hyoïdien et ce cul-de-sac fait saillie à la région sous-maxillaire. La communication entre les deux portions du kyste est étroite, parce que celui-ci est étranglé à sa partie moyenne par une boutonnière musculaire contractile.

Il se peut enfin que la communication des deux poches soit le résultat d'un accident, et que primitivement elles aient été distinctes. Supposons en effet une grenouillette sublinguale et une grenouillette sous-maxillaire se développant parallèlement. A un moment donné, les parois des deux kystes, écartant les fibres du plancher de la bouche, peuvent arriver au contact. On comprend alors que, par érosion des deux parois à leur point de contact, une communication permanente s'établisse entre les deux cavités.

L'existence d'une bourse sublinguale précédant le kyste sous-maxillaire, fait presque constant, a beaucoup préoccupé les chirurgiens. Pourquoi le kyste sublingual disparaît-il à un moment donné, et pourquoi

un autre kyste se forme-t-il au-dessous du plancher musculaire de la bouche ?

Voici l'explication que donne M. Cadiot dans sa Thèse :

Dans presque toutes les observations, la grenouillette sus-hyoïdienne est précédée d'une grenouillette sublingale siégeant, soit dans une des glandules du plancher de la bouche, soit dans le canal de Wharton. En outre, presque toujours la grenouillette primitive avait été ponctionnée ou s'était ouverte d'elle-même un certain nombre de fois, avant qu'il parût de tumeur à la région sus-hyoïdienne.

Or, que se passe-t-il lorsqu'une grenouillette est ponctionnée ou qu'elle s'est vidée d'elle-même un certain nombre de fois ? Il se développe une inflammation plastique autour de l'orifice d'écoulement, et cette inflammation aboutit en dernier lieu à la formation d'un tissu de cicatrice très résistant. La paroi supérieure de la grenouillette, comme sclérosée, ne permet que difficilement l'extension du kyste de ce côté, où il s'est ouvert une première fois. Que la grenouillette vienne à s'ouvrir deux ou trois fois, le même mécanisme présidera à la cicatrisation de l'ouverture, si bien que la paroi supérieure du kyste finira par être formée par un tissu de cicatrice, incapable, en raison de son peu d'élasticité, de permettre de nouveau l'extension de la grenouillette du côté de la cavité buccale.

L'observation de M. Dieu viendrait à l'appui de cette théorie de M. Cadiot.

On peut admettre, avec M. Delens, que les nouveaux acini, devenus kystiques lorsque la glande sublinguale a été détruite, appartiennent aux groupes postérieurs des glandes sublinguales disposés sur le trajet du conduit de Wharton, et trouvent ainsi une voie toute préparée pour s'insinuer au-dessous du muscle mylo-hyoïdien. Cette hypothèse est confirmée par les recherches que M. Nitot a publiées récemment dans les *Archives de Physiologie* (mars-avril 1880) sur la glande sous-maxillaire. Cet auteur décrit une glande sous-maxillaire accessoire, dont l'existence cependant n'est pas constante. Cette petite glande, accolée au canal de Wharton, reliée à lui par un court canal excréteur, est en quelque sorte à mi-chemin de la région sous-maxillaire et de la région sublinguale. Il est pos-

sible que dans bien des cas cette petite glande, après avoir fourni des anici à la cavité buccale, en fournisse de nouveaux à la région sous-maxillaire lorsque les premiers ont été détruits.

Dans la majorité des cas, il est probable que les glandes sublinguales et la glande sous-maxillaire participent toutes deux à la formation de la grenouillette sus-hyoïdienne.

4° Enfin, il reste à examiner un dernier cas. C'est celui où, à côté d'une grenouillette sublinguale, il existe un kyste sus-hyoïdien, dont le contenu est séreux, et qui, par cette raison, ne semble pas pouvoir être considéré comme d'origine salivaire. Dans ce cas, il s'est développé accidentellement au voisinage du kyste salivaire un kyste séreux, comme on peut en observer dans toutes les autres régions ; mais l'évolution des deux kystes est tout à fait indépendante. Ce seraient là de fausses grenouilletes sus-hyoïdiennes.

III. — Symptomatologie.

Lorsque la grenouillette sus-hyoïdienne est constituée, elle se présente sous l'aspect suivant :

Dans la région sous-maxillaire, on trouve une tuméfaction d'un volume variable, sans limites bien précises. Cette tumeur est molle, fluctuante, indolente, sans changement de couleur à la peau.

Si l'on examine la cavité buccale, on trouve dans certains cas la tumeur sublinguale, qui a ordinairement paru la première. Si celle-ci a disparu, il n'est pas rare de constater un épaississement et une tuméfaction générale du plancher buccal, qui paraît soulevé par du liquide.

Lorsque la grenouillette sublinguale existe, on peut parfois y faire refluer par la pression une partie du liquide contenu dans la poche sus-hyoïdienne, ce qui indique une communication entre les deux tumeurs.

Le volume de la tumeur sus-hyoïdienne est très variable. Il varie depuis celui d'un petit œuf jusqu'aux dimensions considérables qu'elle présentait chez un malade de Nélaton, où elle s'étendait de la base de la mâchoire jusqu'à la clavicule.

Le relief de la poche n'est pas en rapport avec ses dimensions verticales, la saillie est relativement médiocre, le liquide trouvant une voie facile vers les parties déclives. Transversalement, la tumeur s'étend aussi plus ou moins. Elle dépasse quelquefois en avant la ligne médiane.

M. Cadiot prétend que la tumeur fait d'abord saillie sur la ligne médiane. Dans tous les cas de M. Delens, la tumeur était latérale à l'origine.

En arrière, elle peut arriver jusqu'au lobule de l'oreille, mais toujours elle reste superficielle.

Dans certains cas, on note une induration de la glande sous-maxillaire.

La gêne qui résulte de la présence de cette tumeur est presque nulle.

La marche de l'affection est lente, se prolongeant des mois et des années. Mais si l'accroissement de la tumeur sus-hyoïdienne se fait lentement, la tumeur sublinguale concomitante est susceptible de présenter une augmentation temporaire de volume, coïncidant par exemple avec le moment des règles.

CHAPITRE IV.

GRENOUILLETTE SÉREUSE.

I.

«Si de l'un ou de l'autre côté du frein, dit Fleischmann (1841), on détache la muqueuse de la langue, on trouve auprès de ce frein, derrière le conduit de Wharton et ceux de Rivinus, une petite bourse muqueuse ovalaire, divisée en lobules par des cloisons celluleuses, bourse sublinguale dont l'existence semble importante à connaître pour la connaissance de la ranule.»

Les anatomistes qui ont suivi n'ont pas tous rencontré cette bourse séreuse.

Bertherand, Malgaigne, Sappey, Richet, n'ont pu la voir.

Verneuil l'aurait constatée deux fois sur dix sujets qu'il a examinés.

Frerichs et Weber l'admettent absolument.

L'existence de cette bourse a été invoquée par Tillaux pour expliquer certains faits curieux de grenouillettes suraiguës.

Dans une observation, on voit le fait d'un ouvrier qui, après s'être couché en parfaite santé, se réveille à 3 heures du matin, avec une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, soulevant la langue, la collant pour ainsi dire au palais et menaçant de l'asphyxier.

Une cuisinière est prise d'accidents du même genre au milieu de l'escalier, qu'elle descend pour aller acheter quelques denrées ; une autre femme sent le plancher de la bouche subitement envahi en se chauffant au coin du feu.

Quelle est l'explication de ces phénomènes si brusques ?

Cette question a fait l'objet des recherches d'un certain nombre de chirurgiens. On s'est demandé tout d'abord quel est le liquide qui s'accumule si rapidement. Il est filant, épais, analogue à de la salive ; mais l'analyse faite par M. Méhu du liquide provenant d'un des cas de Tillaux n'est pas absolument affirmatif relativement à la composition chimique.

Un second point est important à constater : cette tumeur est enkystée. Ce n'est point une infiltration pure et simple ; une membrane kystique propre enveloppe le liquide contenu, et lorsqu'on vient à exciser un morceau de cette membrane, on a sous les yeux une véritable cavité close. Où se développe cette cavité ? C'est là que les difficultés commencent.

La tumeur, disent les auteurs, est due à la dilatation du canal de Wharton. Supposons en effet, et c'est là la règle, qu'il y ait une obstruction au niveau de l'orifice de ce canal, la salive s'accumule derrière l'obstacle et distend le canal, dont les parois constituent le kyste.

Pour que cette théorie fût acceptable, il faudrait prouver la dilatabilité considérable du canal de Wharton. Or Tillaux a fait plusieurs fois l'expérience qui consiste à découvrir le conduit, à le lier près de son orifice et à injecter par l'extrémité glandulaire de l'air ou de l'eau. Sous l'influence de l'injection liquide, il se dilate lentement, uniformément, progressivement, et acquiert tout au plus le volume d'une plume de corbeau. Mais

jamais cette dilatation n'est brusque, instantanée, analogue enfin à ce qui se passe dans la grenouillette suraiguë. Quant à l'air injecté, il s'infiltre ou rompt le canal.

Je continue à exposer la théorie de Tillaux :

Ainsi, cette forme de ranule ne peut s'expliquer que par la présence d'une cavité préexistante, toute prête à recevoir ou à sécréter du liquide. La grenouillette aiguë a son siège dans la bourse séreuse sublinguale.

Mais le problème n'est pas résolu par ce qui précède ; il faut élucider les questions suivantes : Existe-t-il des relations entre la grenouillette aiguë et les organes salivaires du plancher de la bouche ? Quelles sont ces relations ? Le liquide contenu dans le kyste est-il de la salive ? Ou bien la grenouillette aiguë n'est-elle autre chose qu'une inflammation aiguë de la bourse muqueuse sublinguale ?

Il est difficile de répondre à ces diverses questions, et il existe à cet égard des contradictions entre les faits cliniques. C'est ainsi que sur deux malades, le canal de Wharton d'un côté était oblitéré manifestement. Cette oblitération était-elle la cause première de la maladie ? C'est possible, et il faut admettre que le canal s'était rompu en arrière de l'obstacle, et que la salive s'était épanchée dans la bourse séreuse. Obstacle au cours de la salive, rupture du canal (peut-être préalablement altéré) en arrière de l'obstacle, épanchement brusque de salive dans la bourse muqueuse, qui sécrète à son tour : telle est la théorie la plus satisfaisante.

Cependant l'on sait que les canaux excréteurs déchirés se cicatrisent difficilement: exemple, le canal de Sténon ; il reste le plus souvent des fistules à la suite. Or, c'est précisément le contraire qui arrive ici, et la principale difficulté du traitement consiste à maintenir béante l'ouverture pratiquée par le chirurgien.

Malheureusement, comme je l'ai dit, l'analyse chimique n'a pu jusqu'à présent éclairer le sujet, car le liquide est nécessairement mélangé.

En somme, pour Tillaux, si la pathogénie de la grenouillette aiguë reste obscur, un fait paraît acquis, c'est que l'épanchement de liquide a lieu dans la bourse séreuse sublinguale.

Mais d'où vient ce liquide ? Provient-il d'une déchirure du canal de

Wharton, d'une déchirure des conduits de la glande sublinguale, ou bien est-il le résultat d'une hydropisie aiguë de la bourse muqueuse sublinguale, n'ayant avec les organes salivaires d'autres connexions que celles de voisinage ? C'est ce qui reste à trouver.

En faveur de l'opinion de la rupture des canaux salivaires, on cite pourtant une observation de Malcomson qui est loin d'être concluante, car on a observé des phénomènes inflammatoires divers, une ouverture s'est faite dans la région sus-hyoïdienne. Il est difficile de démêler la marche des phénomènes.

Pauli, en Allemagne, a soutenu la même hypothèse. Il a été combattu par Virchow et Weber, qui ont fait remarquer que la salive, à cause de son indifférence, serait rapidement résorbée dans le tissu cellulaire. — Cependant cette objection aurait moins de portée, si l'on admet une bourse séreuse prête à la recevoir.

Maintenant, existe-t-il des kystes chroniques de la même bourse ? Quelques auteurs les admettent. Cruveilhier dit avoir observé dans une grenouillette de ce genre un cloisonnement de la cavité, et Demons, dans sa Thèse, signale la tendance à l'épaississement des parois kystiques, qu'on n'observe pas au même degré dans les autres variétés de tumeurs sublingales.

Il me paraît bien difficile que l'on ait pu distinguer ces tumeurs des grenouillettes vulgaires, du moins cliniquement.

II.

Indépendamment de ces grenouillettes, que Tillaux place dans la bourse de Fleischmann, on peut observer dans la région sublinguale des kystes séreux auxquels doivent être rapportés probablement la grande majorité des ranules congénitales.

Ces tumeurs doivent être rattachées à l'histoire des kystes du cou. Entreprendre cette histoire serait sortir de mon sujet. Toutefois quelques détails sommaires me semblent nécessaires.

Les kystes séreux du cou sont le plus souvent congénitaux. Les uns

sont simples, uniloculaires ou incomplètement cloisonnés ; les autres, composés et résultant de l'agglomération d'un nombre plus ou moins considérable de kystes. Ces derniers sont généralement les plus volumineux ; ils font sous le plancher de la bouche une saillie variable qui refoule la base de la langue. Cette portion sublinguale de la tumeur, plus ou moins volumineuse, d'aspect blanc bleuâtre, presque transparente, est molle et fluctuante.

Le liquide qui forme le contenu du kyste est variable. C'est tantôt de la sérosité claire, limpide comme de l'eau de roche, tantôt de la sérosité jaunâtre renfermant quelquefois un peu de sang. Le liquide a une saveur salée et contient une petite quantité d'albumine.

Ces kystes n'exercent aucune influence fâcheuse sur les fonctions de la vie. Il est remarquable qu'ils s'observent souvent chez des enfants nés avant terme. On a noté des accès de suffocation ou d'asphyxie lente qui semblent dus surtout au refoulement de la base de la langue et de l'épiglotte.

CHAPITRE V.

GRENOUILLETTE DERMOÏDE.

On connaît une quinzaine de cas de kystes dermoïdes du plancher de la bouche ; voici les plus authentiques.

Deux cas ont été publié dans la *Gazette hebdomadaire*, le premier en 1857 pag. 134, le second dans le même journal, l'année suivante, pag. 562. Ils sont tous les deux tirés de la pratique de Linhart, professeur à Würtzbourg, et ont été relatés par Dahler. Denonvilliers en cite un cas dans le *Compendium*, tom. III ; l'observation est de M. le professeur Duplay. M. Cruveilhier dans le *Bulletin de la Société anatomique*, année 1862, signale un cas de dermoïde du plancher buccal sur un homme de 62 ans mort d'une maladie chronique, et chez lequel la maladie n'avait été constatée qu'à l'hôpital, huit jours avant son décès.

M. Landetta (Thèse de Paris, 1863) donne le complément de l'observation qu'il a prise dans le service de Denonvilliers, remplacé par M. Verneuil, qui opère pour la seconde fois le nommé Nisen. Il est aussi question, dans cette Thèse, d'un kyste dermoïde tiré de la pratique de M. Verneuil, et d'un cas observé par M. Richet chez un enfant, dès sa naissance, présenté à la consultation hospitalière.

M. Paquet en 1867 a publié dans les *Archives* une nouvelle observation de kyste dermoïde pris dans le service de Denonvilliers. M. Meunier a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 mars 1881, une leçon de M. Desprès, qui a eu l'occasion d'opérer un malade, entré à l'hôpital pour une hémorrhoïde enflammée, âgé de 52 ans et porteur d'un kyste dermoïde du plancher buccal.

Récemment M. Combalat (de Marseille) a présenté à la Société de Chirurgie (séance du 29 juin 1881) un nouveau cas que je rapporte ici.

Le nommé André (Hippolyte), âgé de 35 ans, professeur, né au Sénégal, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 février, atteint de bronchite. Rapidement guéri de cette maladie, il fut envoyé en chirurgie pour se faire opérer d'une tumeur qu'il portait dans la bouche depuis son-bas âge. Il se rappelle, en effet, avoir de tout temps constaté, avec la pointe de la langue, la présence d'une grosseur du volume d'une petite cerise, ayant son siège sur le plancher de la bouche, sur la ligne médiane, et en arrière des incisives du maxillaire inférieur. Le début, d'après lui, remonte à sa naissance.

Il n'en était nullement incommodé ; néanmoins étant rentré en France, avec sa famille, à l'âge de 6 ans, ses parents, à Bordeaux, le soumirent à l'examen d'un médecin qui leur conseilla de différer toute opération. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume, mais d'une façon très lente, et ce n'est que depuis quelque temps que la mastication et la déglutition, ainsi que la parole, étaient gênées ; cette gêne n'était pas très grande.

Le 26 février, M. Combalat constate ce qui suit :

La tumeur occupe tout le plancher buccal et se trouve circonscrite par la courbe du maxillaire inférieur ; elle s'étend en arrière jusqu'au niveau des dernières molaires.

Si l'on examine le malade la bouche fermée, on s'aperçoit qu'il existe

une légère saillie à la région sus-hyoïdienne, sans douleur à la pression.

Si l'on fait ouvrir la bouche, on remarque que la pointe de la langue est refoulée en arrière, soulevée au-dessus du plancher buccal et touchant la voûte palatine. Elle peut être néanmoins projetée en avant et portée hors de la bouche avec facilité. Ce mouvement de projection tend à exagérer la saillie médiane de la région sus-hyoïdienne.

La concavité du plancher buccal est remplacée par une saillie anormale. La muqueuse a changé d'aspect, elle a perdu sa couleur rosée, elle est pâle, sèche, rugueuse, parcheminée. Au toucher, la tumeur est molle, non élastique, de consistance pâteuse, présentant une fluctuation vague, soit qu'on pratique l'exploration par la cavité buccale, soit qu'on applique deux doigts dans cette cavité, pendant que la main du côté opposé est placée sur le milieu de la région sus-hyoïdienne. La pression digitale ne laisse pas d'empreinte sur la tumeur, qui est opaque.

La ponction exploratrice démontra que l'on était en présence d'un kyste dermoïde.

M. Combalat procéda à l'extirpation du kyste de la façon suivante :

Incision médiane et curviligne de la muqueuse dans une étendue de 3 centim. et à 1 centim. de distance de la courbe parabolique du maxillaire. La paroi du kyste fut aussitôt mise à nu, et la piqûre de la ponction exploratrice qui avait été faite fut agrandie dans le sens de l'incision superficielle.

Le contenu, composé d'une matière blanchâtre, granuleuse, visqueuse au toucher, ayant la consistance du suif, mêlée de cellules épidermiques et de petits poils follets de couleur blanche, s'écoule en partie par la pression à l'aide de deux mains appliquées, l'une dans la cavité buccale et l'autre sur la région sus-hyoïdienne. Enfin, à l'aide de deux doigts de la main droite introduits dans son intérieur, le chirurgien put extraire le restant du contenu. La tumeur avait le volume d'une petite mandarine. Le contenu pouvait être évalué à 50 gram. environ.

La poche s'affaissa sur elle-même, et la dissection en fut rapide et facile. Lâchement unie aux tissus voisins, la séparation se fit en partie avec la spatule, en partie avec les ongles.

Elle fut ainsi amenée à l'extérieur par des tractions combinées avec la dissection. Quelques tractions énergiques vinrent démontrer qu'elle était solidement fixée par un pédicule à la face postérieure du maxillaire, au-dessous des apophyses géni, siège que l'on put vérifier par l'exploration avec le doigt indicateur.

Le pédicule fut sectionné avec des ciseaux courbes, et la surface d'implantation légèrement ruginée avec la pointe des ciseaux pour éviter toute récidive.

L'écoulement de sang fut insignifiant. M. Combalat introduisit une petite éponge dans cette cavité accidentelle, afin de faire cesser tout suintement hémorrhagique, éponge qu'il remplaça par deux petits tampons de charpie fixés chacun par un fil, imbibés d'un mélange d'eau et d'alcool à parties égales.

5 mars. L'adhérence de la muqueuse au plancher de la bouche était complète. La langue avait repris sa position normale, et le malade pouvait manger comme à l'ordinaire.

L'adhésion des deux parois de toute la cavité se fit rapidement.

15. Guérison complète. Un peu de tuméfaction encore, qui disparaît le 22, jour de la sortie.

I. — Anatomie pathologique.

J'emprunte encore cette description à l'observation de M. Combalat.

La tumeur siégeait dans le tissu cellulaire sous-muqueux du plancher de la bouche, entre les deux génio-glosses. Elle les avait séparées en se développant, et la langue avait été refoulée en arrière. Aucun phénomène de compression sur les organes voisins. Les canaux salivaires étaient intacts. On constatait une légère dépression au niveau des apophyses géni, comme dans les cas de kystes dermoïdes du sourcil.

La poche se compose de deux tuniques. La tunique externe est fibreuse, blanche et résistante; la tunique interne est lisse et légèrement rosée.

Sur une coupe faite après durcissement dans l'acide pricrique, la gomme et l'alcool, et colorée au picro-carminate d'ammoniaque, on observe, en allant de la surface interne du kyste à la surface externe :

1° Le revêtement épidermique, absolument analogue au revêtement épidermique normal, avec les couches de cellules cornées, au-dessous de la zone granuleuse ou *septum lucidum* de Schrön très nettement visible, et enfin le corps muqueux de Malpighi.

2° Le derme, absolument identique au derme de la peau, sauf peut-être que le réseau élastique est un peu plus développé et que les papilles sont moins nettes que sur la peau normale; elles sont plus larges et moins élevées.

Les poils sont pourvus de bulbe, entourés d'une gaîne bien distincte; deux glandes sébacées les accompagnent généralement; ils sont seulement moins chargés de pigment.

3° Le contenu est formé par des cellules épidermiques, desquamées à divers âges, et par le produit de sécrétion des glandes de la paroi du kyste, granulations jaunes, libres, corpuscules granuleux, et quantité notable de poils follets, longs de 2 à 4 millim.

II. — Étiologie et Pathogénie.

Aujourd'hui tout le monde est à peu près d'accord sur l'origine première des kystes dermoïdes du cou. Ces kystes, que l'on pourrait appeler kystes branchiaux, se formeraient au niveau d'une fente branchiale imparfaitement oblitérée et ayant laissé persister une cavité close, ou, selon l'opinion du professeur Verneuil, ayant emprisonné, en s'oblitérant, un petit sac cutané.

Cependant cette théorie rend difficilement compte de tous les cas; elle explique bien l'origine des kystes dermoïdes renfermant de la matière sébacée, des poils et même des fragments cartilagineux et osseux; mais elle ne donne pas la solution des faits où l'on trouve des dents, par exemple. D'après Lebert, le Dr Schill (de Schneeberg) a communiqué à Meckel le fait d'un homme de 50 ans, chez lequel, dans l'espace de trois mois, trois dents se sont développées successivement dans des capsules séparées au-dessous de la langue, mais en dehors de toute connexion avec les os maxillaires. Il faut dans ces cas admettre, avec Valentin, qu'une perver-

sion dans la répartition des cellules du blastoderme suffit pour que certains organes se développent anormalement dans des régions insolites, par suite d'une véritable *hétérotopie embryonnaire*. D'où le nom de kystes *hétérotopiques* donné à ces sortes de kystes.

Cependant, parmi les kystes dont je m'occupe, je dois signaler une variété particulière, dont l'origine branchiale paraît incontestable : ce sont les kystes canaliculés. En voici une observation due à Nicaise :

Ce chirurgien opéra en 1877, avec M. Chaignat (d'Orléans), une petite fille de 3 ans qui portait un kyste dermoïde de la bouche. Il était situé à la face inférieure de la langue, à gauche de la ligne médiane, et avait le volume d'une noisette ; à travers la muqueuse étalée, on distinguait la teinte jaunâtre du contenu. Cette tumeur gênait les mouvements de la langue.

Une incision sur la face inférieure de la langue permit de disséquer le kyste, dont les parois était minces. Ce kyste se continuait au niveau du raphé, avec un cordon très dur, résistant, rigide, qui allait s'insérer perpendiculairement sur la face postérieure du maxillaire inférieur, au milieu des apophyses géni, en suivant exactement la ligne médiane ; il avait 2 à 3 millim. de diamètre.

Le chirurgien disséqua ce cordon fibreux dans toute sa longueur et le sépara du maxillaire par un coup de ciseaux. Le cordon, de consistance fibro-cartilagineuse, était creusé, dans son axe, d'un étroit canal, dont la paroi avait l'aspect d'une surface cutanée.

Le contenu du kyste était une matière grasse, homogène, ressemblant à du saindoux un peu ramolli et de couleur gris jaunâtre ; la même matière se rencontrait dans la canalicule.

La guérison fut rapide et complète.

Il s'agissait bien là d'un kyste dermoïde canaliculé de la bouche, s'insérant, comme l'indique M. Verneuil, sur la ligne médiane du maxillaire. A l'époque du rapprochement des deux bourgeons latéraux qui forment la mâchoire inférieure, une mince partie du feuillet corné avait été pincée et emprisonnée.

Il faut rapprocher du fait précédent une observation curieuse due à

M. le professeur Neumann (de Kœnigsberg). En 1874, cet auteur reçut de son collègue Schœnborn un fragment de paroi provenant d'une grenouillette. Il reconnut, à son grand étonnement, que cette paroi était tapissée d'épithélium vibratile. Il ne put s'expliquer d'abord cette particularité, mais il se rappela bientôt que Bochdaleck avait donné en 1866 et 1867, sous le nom de *Ductus excretorius linguæ*, un canal de 10 à 15 millim. de long qui existe assez fréquemment (12 fois sur 50), part du trou borgne et se dirige en arrière vers le ligament glosso-épiglottique médian. Le tiers postérieur de ce conduit, richement pourvu de petites glandes muqueuses, envoie en avant, en arrière et vers le plancher de la cavité buccale, un ou plusieurs canaux latéraux, dans lesquels se jettent un grand nombre de canalicules spéciaux, ressemblant à des glandes, remarquables par leur épithélium vibratile.

Cette curieuse disposition anatomique est de nature à expliquer certains faits de kystes dermoïdes sublinguaux.

Le fait de M. Combalat constitue le troisième cas du kyste congénital siégeant sur la ligne médiane. Richet en a signalé un cas chez un enfant âgé de quelques jours, et Syme chez un enfant de 7 ans.

Les observations connues portent sur des sujets âgés de 15 à 30 ans. Quelques-uns de ces malades, il est vrai, portaient leur tumeur depuis longtemps. Le plus âgé avait 62 ans.

Le nombre des hommes atteints est un peu plus grand que celui des femmes. Mais le petit nombre des cas observés ne permet d'en tirer aucune conclusion.

III. — Symptomatologie.

Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche n'ont pas toujours le même siège précis. Tantôt ils se développent entre les muscles génio-glosse : alors, ils sont bridés en haut par la réunion de ces muscles et présentent peu de mobilité ils ; ont de la tendance à s'étendre latéralement des deux côtés du frein de la langue, en occupant l'espace triangulaire que forment les muscles génio-glosses et mylo-hyoïdien.

Tantôt, au contraire, ils prennent naissance sur les parties latérales de la région sublinguale, et alors ils affectent toujours une certaine mobilité, car ils ne sont unis que par de très faibles adhérences aux parties voisines, et leur énucléation est très facile.

Les symptômes fonctionnels sont les mêmes que ceux des kystes glandulaires : ce sont les troubles des organes voisins, qui dépendent surtout du degré de développement du kyste ; je n'y insiste pas.

Je n'insiste pas davantage sur les caractères physiques communs entre les kystes dermoïdes et les grenouillettes vulgaires. Mais les premiers présenteraient quelques symptômes particuliers : mollesse, fausse fluctuation, opacité et couleur blanchâtre, conservation de l'empreinte du doigt quand on les déprime.

Cette question sera discutée avec plus de profit au chapitre du Diagnostic.

Les kystes dermoïdes ont en général une marche lente. Ils ne paraissent pas susceptibles de s'enflammer spontanément. Dans les cas où la tumeur fut simplement incisée et vidée de son contenu, la matière sébacée s'est reproduite, mais on n'a jamais observé de fistules. C'est du reste ce qu'on peut facilement constater à la suite de la ponction des tumeurs de même nature, développées dans les différentes régions du corps.

CHAPITRE VI.

GRENOUILLETTE SANGUINE.

Les kystes vasculaires de la région sublinguale ont été décrits pour la première fois par Dolbeau, en 1857 (*Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine*). Le point de départ de ce Mémoire est une observation communiquée par cet auteur à la Société anatomique, en 1854, avec pièce à l'appui ; quatre autres y sont jointes. Mais deux choses différentes s'y trouvent confondues : les tumeurs érectiles simples et les kystes qui en proviennent quelquefois.

Mon exposé se bornera à l'analyse des observations les plus importantes.

L'Observation I concerne une femme de 34 ans. Du côté gauche, entre le frein de la langue et la mâchoire, il y a sur le plancher de la bouche un relief transversal, mou, fluctuant, bleuâtre, transparent. De plus, on remarque sous la langue, à la lèvre inférieure, à la face interne de la joue gauche, des bosselures violacées, membraneuses. M. Nélaton crut à une grenouillette coïncidant avec des tumeurs érectiles. Il voulut en débarrasser la malade. Ponction avec le trocart. Il sort du sang rouge, mais sans impulsion. L'hémorrhagie est difficilement arrêtée. Gonflement, douleurs, accidents généraux. Mort.

A l'autopsie : La tumeur du plancher de la bouche se compose d'une grande cavité distincte, occupant le plancher de la bouche, l'épaisseur de la base de la langue. Toutes ces cavités à parois minces et séreuses, renferment encore du sang dans différents états.

Observation III. — Jeune fille de 18 ans. « A gauche de la langue, et repoussant le frein, on trouve une tumeur grosse comme une petite noix. Cette tumeur est recouverte par la muqueuse saine et mobile. Elle est transparente, un peu violacée ; à sa surface, on observe un petit point érectile de la grosseur d'une tête d'épingle. Suivant la malade, ce serait le siège de la ponction qui a été pratiquée anciennement. La tumeur recouvre la veine ranine, qui n'existe plus que dans sa terminaison à la pointe de la langue. Par en bas, la tumeur se confond avec le plancher de la bouche. »

Observation V. — Sur le cadavre d'une jeune femme, M. Dolbeau trouva une tumeur située à gauche du frein de la langue, sur le plancher de la bouche. Elle était grosse comme une noisette, recouverte par la muqueuse qui était libre d'adhérence. Il crut à une grenouillette peu développée. «J'eus beaucoup de peine à disséquer le canal de Wharton, à cause de la présence de nombreuses veines variqueuses et présentant par places des culs-de-sac. Néanmoins, j'isolai le canal et j'eus la certitude qu'il n'était pour rien dans la formation du kyste. Celui-ci en était bien éloigné

et logé au milieu des paquets veineux dont j'ai déjà parlé ; j'ai voulu l'isoler complètement des veines, mais bientôt il a été ouvert et j'ai pu constater ce qui suit : les parois étaient très minces, lisses et d'aspect séreux vers l'intérieur. Le contenu était un liquide séreux, légèrement rosé, renfermant un petit corps d'apparence fibrineuse. J'ai exploré les parois, et nulle part je n'ai pu trouver un trou, un pertuis qui fît communiquer cette cavité, soit avec les conduits salivaires, soit avec les veines. Je crois cependant que ce kyste est le résultat d'une oblitération veineuse. que la portion restée libre s'est développée ensuite successivement. Mon opinion se trouve fondée sur l'existence des paquets variqueux, très adhérents les uns aux autres et par la présence de plusieurs diverticules encore en communication avec les autres. »

Nous aurions donc ici les deux variétés de kystes vasculaires décrits ailleurs : 1° Les uns, produits par une simple dilatation vasculaire, ou bien siégeant dans le tissu cellulaire ambiant, mais communiquant toujours avec la cavité du vaisseau ; 2° les autres, séparés du courant sanguin et dans lesquels la matière colorante disparaît peu à peu.

Dans toutes ces observations, on peut remarquer deux circonstances intéressantes : la coexistence de tumeurs érectiles avec tous leurs symptôme, et l'âge peu avancé des malades.

CHAPITRE VII.

GRENOUILLETTE HYDATIQUE.

On ne connaît, de cette variété de tumeurs sublinguales, qu'une observation certaine due à Laugier.

M. Bertherand cite Goulin comme en ayant publié ; mais à l'époque où vivait cet auteur, le mot d'hydatide n'avait pas de signification précise. J.-L. Petit s'en est aussi servi pour désigner un kyste sublingual, mais uniquement parce qu'il était transparent. C'était une simple grenouillette ordinaire

L'ouvrage si complet de Davaine ne contient que deux cas de kyste hydatique de la cavité buccale : l'un, de Lefoulon, siégeant dans la gencive ; l'autre, de Robert, occupant l'amygdale.

Voici l'Observation de Laugier, recueillie dans le service de M. le professeur Gosselin, à la Charité :

P. J..., âgé de 61 ans, employé, entre le 15 avril 1869 à la salle Sainte-Vierge.

Il y a six mois, il a senti, avec sa langue, une petite saillie dans la moitié gauche du plancher buccal, saillie gênante, mais nullement douloureuse. La tumeur ne tarda pas à augmenter, et, avec elle, la gêne, qui devint de plus en plus considérable.

En ce moment, on constate une tumeur du volume d'une grosse noix, occupant la moitié gauche du plancher de la bouche et dépassant la ligne médiane. Elle refoule fortement la langue en haut et en arrière, à ce point qu'en faisant ouvrir la bouche au malade, on n'aperçoit la langue qu'avec peine, vu qu'elle est comme collée à la voûte palatine.

Quand on palpe la tumeur, la fluctuation est manifeste ; mais la paroi de la poche est épaisse et dure, et, en somme, de consistance tout à fait insolite dans la grenouillette ; ajoutons que la présence de quelques ganglions sous-maxillaires du côté gauche, durs et indolents, et roulant sous le doigt, peuvent faire craindre une complication, sur la nature de laquelle il est difficile d'être fixé. Nous ne trouvons d'ailleurs aucun symptôme local d'inflammation, ni chaleur, ni empâtement de la région, ni aucune douleur spontanée ou provoquée. Le malade se plaint uniquement de la gêne occasionnée par la tumeur.

L'opération de la grenouillette est décidée pour le 30 avril. Elle devait consister en deux temps : incision de la poche, large excision de la paroi. L'incision donne issue à une quantité assez considérable de pus, et il y a en même temps, expulsion d'une membrane blanchâtre. Après l'excision de la paroi supérieure de la poche, le doigt peut pénétrer profondément dans le kyste et atteindre la base de la langue.

Les suites de l'opération furent très simples : l'intérieur de la cavité fut

cautérisée à différentes reprises avec le crayon de nitrate d'argent, et le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

I.— Anatomie pathologique.

L'examen microscopique démontra, dans cette observation de Laugier, que la membrane blanchâtre expulsée au milieu du pus n'était autre chose qu'une hydatide. On la trouva en effet constituée par du tissu amorphe, transparent, mais très régulièrement stratifié. Cette hydatique formait une poche du volume d'une noix, à paroi tremblotante, ressemblant à de l'albumine coagulée, Le liquide fut également examiné, il avait l'apparence d'un pus graisseux et blanchâtre. Au microscope, on y trouva une grande quantité de granulations graisseuses, des cristaux d'hématoïdine et d'acide stéarique, et enfin des crochets d'échinocoques, et des échinocoques entiers.

II. — Étiologie.

On sait que les hydatides doivent leur origine à une transformation ou au développement d'un embryon de tænia.

Dans le cas spécial dont il s'agit, en se fondant sur ce que le siège même de la tumeur parasitaire constituait la paroi inférieure de la cavité buccale, vestibule des voies digestives, Laugier émit l'hypothèse que les particules alimentaires, liquides ou solides. contenant l'embryon d'un tænia, avaient séjourné pendant un certain temps dans le cul-de-sac inférieur de la muqueuse buccale, au-dessous de la langue, et derrière le maxillaire inférieur, et que cet embryon avait gagné directement, en la perforant, l'épaisseur de la muqueuse buccale, pour s'y développer ensuite.

Cette hypothèse paraît en effet au moins aussi admissible que celle qui consisterait à faire partir l'embryon de l'intestin, et à le faire arriver de proche en proche, à travers les tissus, jusqu'à l'intérieur de la muqueuse du plancher de la bouche.

III. — Symptomatologie.

Les débuts de la maladie furent tout à fait ceux de la grenouillette, c'est-à-dire lents et obscurs, et c'est comme par hasard que le malade s'aperçut d'une petite saillie anormale.

Dans les deux cas, même gêne dans la déglutition, dans la phonation, et même gêne dès le début. Plus tard, à mesure que la tumeur s'accrut, la similitude continua, et le kyste hydatique présenta, au bout de six mois, un développement assez notable, et, comme la grenouillette volumineuse, souleva la langue en la refoulant en arrière et en haut. Enfin, comme dans la grenouillette, la fluctuation était des plus manifestes, et l'augmentation de volume du kyste ne s'accompagna pas de douleurs.

Est-ce à dire qu'il y ait analogie complète entre les deux espèces de kystes ? Nullement, et je reviendrai au chapitre du Diagnostic sur les caractères différentiels des deux variétés de grenouillettes.

CHAPITRE VIII.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la grenouillette : se compose de deux opérations distinctes :

1° On doit la distinguer des autres tumeurs de la même région.

2° Il faut reconnaître à quelle variété l'on a affaire.

I.

J'ai défini la grenouillette : une tumeur liquide et enkystée.

Le premier caractère permet d'éliminer immédiatement les tumeurs

solides de la région; les cancers, les adénomes, les enchondromes, les exostoses du maxillaire inférieur.

Mais il est des tumeurs qui par une mollesse relative se rapprochent quelque peu de la grenouillette, et qu'il importe d'en séparer nettement : ce sont les lipomes, les tumeurs érectiles, les engorgements lymphatiques.

Lipomes. — Un premier élément de diagnostic est tiré de la rareté des tumeurs graisseuses sublingales. C'est à peine s'il en a été publié cinq ou six observations. Aussi prend-on bien plus souvent un lipome pour un kyste qu'on ne commet l'erreur inverse. Dans tous les cas que l'on connaît, les lipomes du plancher de la bouche ont été pris pour des grenouillettes, sauf une fois. Fallin a reconnu un lipome à sa couleur et à ses lobules visibles au-dessous de la muqueuse.

Le lipome a une marche essentiellement lente. L'âge des sujets est généralement avancé. La tumeur siége exactement sur la ligne médiane, là où il existe des pelotons graisseux. Elle offre une coloration jaunâtre, et les petits globules adipeux peuvent se dessiner sous la muqueuse. En saisissant la tumeur avec les doigts, on lui fait subir une compression, comme dans un cas de Dolbeau. On éprouve en même temps la sensation d'une masse composée de granulations. Les kystes à contenu liquide, au contraire, offrent de la rénitence, une fluctuation franche, de la transparence, ou du moins un aspect opalin.

Si l'on pique la tumeur avec une épingle, cette épingle, promenée dans tous les sens, restera immobile dans chaque position qu'on lui donnera.

On peut remarquer que la plupart des signes précédents sont communs aux lipomes et aux kystes dermoïdes.

Cependant il est possible de les distinguer.

La surface du kyste dermoïde est généralement unie, sans bosselures. Dans un cas dû à Linhart, celui-ci a reconnu le caractère de ce kyste à ce qu'il n'était pas fluctuant et se laissait déprimer comme du mastic. Il donne ce signe comme certain. Cependant, dans l'observation de M. Combalat, il faisait complètement défaut.

Enfin, la ponction exploratrice ne donnerait rien probablement dans un cas de lipome ; elle donna, dans le cas que je viens de citer, une matière sébacée mêlée à un liquide opaque.

Les tumeurs érectiles s'observent quelquefois. Je suppose qu'il ne s'est pas développé à leurs dépens une cavité kystique, auquel cas elles devraient entrer dans le cadre des grenouillettes sanguines. La saillie de ces angiomes n'est pas nettement limitée. La couleur est bleuâtre. L'une et l'autre augmentent notablement pendant le cri et l'effort. On observe souvent d'autres tumeurs semblables sur différents points de la muqueuse buccale.

Il ne faudrait pas prendre pour des grenouillettes faisant saillie au cou, un abcès froid ou un engorgement lymphatique de cette région. Boyer a vu commettre cette méprise par des médecins instruits. A défaut d'autres caractères, tels que l'âge des sujets ou la diathèse scrofuleuse, l'absence d'une tumeur intra-buccale mettra sur la voie du diagnostic.

II.

Le diagnostic de grenouillette est porté. Quelle variété de grenouillette a-t-on sous les yeux ?

Je serai bref sur ce sujet, me bornant à revenir en quelques mots sur les caractères que présentent les divers kystes sublinguaux, et que j'ai développés en étudiant leur symptomatologie.

A. Grenouillette sublinguale. — Un premier caractère est tiré de la fréquence de cette variété. C'est à elle qu'il faut songer d'abord, quand on est en face d'une grenouillette.

C'est une tumeur arrondie, molle, rosée, et dans certains points grisâtre et comme transparente, occupant un des côtés du plancher de la bouche et s'avançant quelquefois de l'autre côté de la ligne médiane, indolente, et donnant aux deux doigts, quand on l'explore, une sensation très nette de fluctuation. Cette fluctuaction est superficielle, on sent que les doigts sont séparés du liquide par une membrane peu épaisse.

On est autorisé à admettre que cette tumeur est un kyste indépendant du canal de Wharton lorsque, en faisant soulever la langue et examinant

nettement le petit orifice de ce conduit, lorsque après avoir mis un peu de sel et de sucre sur la langue, on voit sourdre ou jaillir une certaine quantité de salive. Rien ne manque à la démonstration si l'on parvient à faire entrer un stylet par l'ostium ombilicale et à le faire arriver au delà des limites de la tumeur, et si, d'un autre côté, la pression sur cette dernière ne fait pas refluer le liquide par l'ouverture naturelle.

B. Grenouillette du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire. — Cette espèce de grenouillette se différencie :

1° *Par son siège et sa forme.* — Tandis que la précédente, bien que prédominant d'un côté du frein, empiète généralement sur la ligne médiane et même fait une saillie plus ou moins forte de l'autre côté, le kyste dont je m'occupe en ce moment est exactement unilatéral. Dans les premiers temps au moins, il a une forme toute spéciale, il est oblong, pyriforme, avec une pointe antéro-interne qui vient se terminer, comme le canal de Wharton lui-même, à la petite saillie conique qui surmonte l'ostium ombilicale. Toutefois, si le kyste prend un grand développement, ces caractères vont s'effaçant à la longue et peuvent disparaître tout à fait.

2° *Au moyen du cathétérisme.* — Dans la variété de grenouillette dont je m'occupe, un stylet introduit dans le canal de Wharton viendra se heurter contre un corps étranger, ou bien, après avoir franchi un rétrécissement, il se mouvra librement dans une cavité kystique.

3° *Si la pression de la tumeur* fait jaillir une goutte de liquide par l'ouverture du canal de Wharton, il s'agit encore d'une ectasie de ce canal.

4° Enfin l'*intumescence de la glande sous-maxillaire*, lorsqu'elle accompagne une tumeur du plancher buccal, est un signe de rétention de la salive.

Peut-on pousser le diagnostic plus avant et reconnaître si l'on a affaire à un corps étranger ou à un calcul ? L'apparition concomitante et subite d'une grenouillette aiguë présentant les caractères que je viens d'indiquer, et d'une intumescence de la glande sous-maxillaire, ne comporte pas d'autre diagnostic que celui de corps étranger du canal de Wharton. S'il

s'agit d'un calcul, le malade accusera des prodromes qui le plus souvent auront duré plusieurs mois.

C. Grenouillette sus-hyoïdienne. — Le diagnostic de la grenouillette sus-hyoïdienne est facile lorsque la tumeur sublinguale existe encore au moment de l'examen ou lorsque le patient fait mention de son existence antérieure.

Les caractères propres à la tumeur sus-hyoïdenne, outre son siège, sont, avant tout, sa mollesse remarquable et ses limites indécises. Si, lorsque son volume devient considérable, elle peut dépasser un peu la ligne médiane, cependant elle est essentiellement latérale et répond exactement par sa base à l'une des branches horizontales du maxillaire inférieur.

La communication possible des deux poches sublinguale et sus-hyoïdienne doit toujours être recherchée avec soin.

D. Grenouillette séreuse. — Une tumeur sublinguale développée rapidement pourra faire penser à un kyste suraigu de la bourse de Fleischmann, si du moins l'on admet la théorie de Tillaux. J'ai dit que les tumeurs liquides chroniques de cette même bourse sont fort douteuses, et, en tout cas, je ne crois pas qu'il soit possible de les distinguer des grenouillettes sublinguales ordinaires.

Quant aux kystes séreux primitivement étrangers au plancher de la bouche, les commémoratifs peuvent suffire, ou bien on observera concurremment des tumeurs bien plus volumineuses au cou, avec tous les caractères des kystes de cette région. La saillie de la bouche ne sera alors qu'un épiphénomène. Souvent même, on n'a à faire qu'un diagnostic tératologique.

E. Grenouillette dermoïde. — J'ai fait déjà allusion à ce diagnostic en parlant des lipomes sublinguaux.

Il est assez difficile, puisqu'il n'a été établi qu'une seule fois par Linhart. Dans un cas de Denonvilliers, ce praticien, tout en pensant à un kyste dermoïde, fit ses réserves, et le diagnostic fut porté après la ponction.

Les éléments principaux du diagnostic doivent être tirés :

Du siège de la tumeur.— Elle est située sur la ligne médiane.

De son développement.— Généralement, ces kystes ont une marche plus lente que les grenouillettes ordinaires, et, dans une observation de M. Richet, l'apparition de la tumeur remontait à plusieurs années. Je dois ajouter que cette marche, essentiellement chronique, ne s'accompagne pas de réaction inflammatoire.

De sa coloration.— L'opacité est un caractère que les kystes dermoïdes partagent avec les tumeurs solides de la région. La coloration jaunâtre, vue à travers la muqueuse et indiquée par Duplay, serait un bon signe si elle était plus fréquente ; d'ailleurs, on voit beaucoup de grenouillettes franches qui ne présentent pas la transparence bleuâtre de la muqueuse ; et, d'autre part, dans la majorité des observations de kystes dermoïdes, la muqueuse qui recouvrait la tumeur était rosée, mais ne présentait pas l'opacité avec coloration jaunâtre.

De l'impression digitale.— Ce signe, dont parle Linhart et qui lui servit à établir le diagnostic, n'est pas constant, comme je l'ai dit : le doigt laisserait une empreinte dans la tumeur.

De la ponction exploratrice.— Dans l'observation de M. Combalat, on avait pensé, avec quelques réserves cependant, à une grenouillette ordinaire. La ponction exploratrice modifia immédiatement le diagnostic : l'écoulement d'une matière sébacée, mêlée à un liquide opaque, démontra que l'on était en face d'un kyste dermoïde.

F. Grenouillette sanguine.— Les kystes vasculaires ne seront généralement pas difficiles à reconnaître : petit volume, coloration bleuâtre, mollesse spéciale, et surtout coexistence de tumeurs érectiles avec leurs symptômes. Une ponction exploratrice laissera échapper une certaine quantité de sang, ou d'un liquide présentant encore des traces de la matière colorante du sang.

G. Grenouillette hydatique.— Voici les caractères du kyste hydatique sublingual, dans le seul cas où il ait été observé :

La poche enveloppante était dure, résistante, et épaisse au point que les dents de la moitié gauche de la mâchoire inférieure s'imprimaient profondément sur la tumeur et y produisaient des dépressions qui, au premier abord, ressemblaient à de véritables ulcérations. La fluctuation était évidente, mais elle était en quelque sorte profonde, à cause de l'épaisseur de la paroi interposée entre les doigts et le liquide inclus. Peut-on conclure d'après cela que, dans les cas insolites où la paroi d'un kyste du plancher de la bouche présente une grande épaisseur, le seul fait de la consistance anormale de la paroi doit éveiller l'attention et faire admettre la possibilité d'une hydatide ?

Que dire du frémissement hydatique ? Malheureusement l'on est réduit aux hypothèses, car Laugier, dans le seul cas connu, dit qu'on ne l'avait pas recherché, parce que l'ensemble des symptômes observés avait conduit à diagnostiquer une grenouillette ordinaire. Cependant il n'y a aucune raison à ce que ce signe ne se produise pas à la région sublinguale. Il peut être, à l'occasion, un élément important du diagnostic.

PRONOSTIC.

Le pronostic varie suivant : le volume de la tumeur, l'âge du sujet, l'état de simplicité ou les complications, la nature du kyste.

Simplement gênantes dans la plupart des cas, ces tumeurs finissent par apporter un obstacle sérieux à différentes fonctions. La respiration est difficile par suite du refoulement de la langue en arrière. La trachée, les vaisseaux du cou, peuvent être comprimés, d'où menaces d'asphyxie. On trouve partout le cas de Cline, qui vit un malade avoir un accès de suffocation dans son cabinet, pendant qu'il attendait son tour. Diemerbroeck a rapporté un cas de mort à la suite de la rupture de la tumeur et de l'introduction du liquide dans les voies respiratoires. Enfin, il ne faut pas oublier que, chez les enfants, cette affection est grave. Ils ne suppor-

tent pas longtemps impunément la difficulté de la pénétration de l'air dans la poitrine et du lait dans le tube digestif.

Quand la poche kystique s'enflamme, cette complication produit de la fièvre et plus tard une longue suppuration, avec ses dangers.

Toutes choses égales d'ailleurs, les kystes vasculaires sont plus graves que les autres, surtout si le médecin y touche sans nécessité. Les kystes dermoïdes paraissent avoir le moins d'inconvénients, parce qu'ils marchent lentement et qu'un traitement bien dirigé en vient facilement à bout. Les autres présentent un pronostic à peu près identique.

L'inconvénient le plus sérieux de la grenouillette, c'est la difficulté qu'il y a quelquefois à la guérir, et sa fâcheuse tendance à la récidive.

CHAPITRE IX.

TRAITEMENT.

La grenouillette ne guérit pas sans un traitement chirurgical. Le seul cas où un traitement palliatif, émollient, antiphlogistique, pourrait suffire, est celui où l'on aurait, comme dans une observation de Laugier, une inflammation aiguë et idiopathique du canal de Wharton. Mais j'ai dit que l'existence de pareils faits est fort douteuse, et, en tout cas, d'une extrême rareté.

Dans cet exposé du traitement, je ferai deux paragraphes : dans le premier, je passerai en revue les divers moyens chirurgicaux que l'on peut employer pour la guérison des grenouillettes ; dans le second, je reprendrai cet exposé en étudiant chacune des variétés de ces tumeurs, et indiquant quels procédés lui sont plus particulièrement applicables.

Un mot d'Historique.

Dès l'antiquité, les chirurgiens, ponctionnaient, excisaient, cautérisaient ou enlevaient totalement la tumeur.

Après Münicks, qui supposait que les kystes sublinguaux étaient toujours

ou presque toujours une dilatation du conduit de Wharton en arrière d'un obstacle, apparurent des méthodes et traitements fondés sur les idées nouvelles. On fut amené à penser qu'il n'y avait d'efficaces que les opérations propres à assurer le cours de la salive, qu'on s'imaginait être interrompu, et nombre de procédés furent inventés pour atteindre ce but, soit qu'on dilatât simplement les voies normales, soit qu'on créât un orifice fistuleux artificiel. Ces procédés sont généralement abandonnés aujourd'hui, les résultats heureux qu'ils ont fournis étant dus plutôt à l'inflammation et à l'occlusion du kyste qu'à la persistance d'une fistule. Quoique cette occlusion puisse être obtenue bien plus simplement, il est cependant bon de connaître quelques-unes de ces méthodes opératoires anciennes, qui trouveraient leur application dans certains cas rebelles de grenouillettes du conduit de Wharton (Duplay).

I.

CATHÉTÉRISME DU CANAL DE WHARTON.

Le procédé le plus simple est la *dilatation du canal de Wharton* ; il a pour but de maintenir ou de créer une voie d'écoulement à la salive. Cette dilatation, indiquée par Louis et Boyer, se fait avec un stylet et un fil de plomb. Aujourd'hui, ce cathétérisme n'est plus employé que comme moyen d'exploration des voies salivaires, et pour faciliter l'extraction d'une pierre ou d'un corps étranger lorsqu'on a constaté leur présence.

PONCTION.

La ponction est un excellent moyen d'exploration; mais, de tous les modes de traitement, c'est le plus difficile. Dès la plus haute antiquité, l'on avait reconnu son peu d'utilité. Par exemple, c'est la raison pour laquelle A. Paré préférait le cautère actuel à la lancette. Louis, J.-L. Petit, Boyer, insistent sur ce fait, et, de nos jours, il est rare de trouver une observation dans laquelle le malade n'ait pas subi inutilement une ou plusieurs ponctions ; quelques heures après cette petite opération, les lèvres de la

plaie sont réunies et la tumeur a commencé à se reformer. Ce moyen doit donc être considéré comme purement palliatif, bon à employer dans les cas où les malades refusent toute autre opération, ou plutôt dans les cas de tumeur volumineuse. Mais il peut avoir des inconvénients. Des ponctions répétées amènent quelquefois une inflammation et une suppuration de la poche, comme on le voit dans une observation remarquable de J.-L. Petit.

INCISION.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'incision. Dans la grenouillette vulgaire, elle sera le plus souvent inefficace. Cependant Louis déclare que dans les cas où elle était assez grande pour permettre l'affaissement des bords de la plaie, il n'a point vu de récidive.

EXCISION.

Elle a donné des guérisons ; mais elle doit être faite largement, et se rapproche alors beaucoup de l'extirpation. On bourre la plaie avec de la charpie.

Mais le plus souvent elle est combinée avec la cautérisation.

EXTIRPATION.

Cette méthode est connue depuis longtemps. C'est évidemment la meilleure, quand elle est possible. Elle convient fort bien aux kystes dermoïdes Était-ce cette espèce de kystes ou bien des lipomes que Dionis avait en vue quand il disait : « Ces tumeurs tinenent un peu de la nature des loupes? L'humeur qui les compose est presque toujours contenue dans un kyste; c'est pour cela que plusieurs auteurs nous conseillent de les disséquer et de les ôter avec leurs membranes. »

CAUTÉRISATION.

L'emploi des caustiques exige une opération préalable : ponction ou excision.

Ponction et injection iodée. — La ponction, suivie d'injection iodée après lavage de la poche à l'eau tiède, a été préconisée par Velpeau ; elle compte d'assez nombreux succès, mais elle ne met pas toujours à l'abri des récidives, et en outre elle expose parfois le malade à une rétraction consécutive des tissus, avec gêne des mouvements de la langue et même paralysie du goût et de la sensibilité dans la moitié de cet organe, comme l'a observé Dolbeau. Ce même opéré eut encore une névralgie faciale. Un fait de même genre a été observé par M. le Dr Dumaz (de Chambéry).

Il arrive rarement que l'injection iodée détermine la suppuration de la poche. Il faudrait alors ouvrir la collection purulente, et la guérison serait obtenue par bourgeonnement et accolement des parois, comme dans un abcès ordinaire.

On peut substituer à la teinture d'iode l'alcool, comme je le dirai plus loin.

Excision et cautérisation. — Ce procédé, un des meilleurs, sera exposé longuement plus loin.

BOUTON DE CHEMISE.

Imaginé par Dupuytren, ce moyen se composait d'un petit cylindre d'abord percé, puis plein, surmonté à chaque extrémité d'une petite plaque elliptique, l'une demeurant dans la cavité kystique, l'autre appliquée sur la muqueuse. Dupuytren faisait une incision, et introduisait cet instrument avec des pinces. La salive coulait entre les bords de la plaie et le cylindre. Ce chirurgien cite cinq observations où ce moyen a réussi ; mais il suffit de les lire pour voir que, dans quelques cas, il fut très difficile de maintenir le bouton dans la plaie. Quelques malades n'éprouvaient aucune gêne, d'autres en ressentaient des inconvénients.

Le but de Dupuytren était de créer une ouverture permanente. Mais la plupart des succès qu'il obtenait étaient dus probablement à l'oblitération de la poche, par le processus inflammatoire entretenu par le corps étranger.

SÉTON ET DRAINAGE.

On emploie le séton filiforme ou le tube à drainage de Chassaignac. Ces opérations sont simples : le séton filiforme est passé avec une aiguille à suture, le tube à drainage avec un stylet aiguillé ou un trocart courbe. Je n'insiste pas sur ces procédés, qui sont bien connus.

M. Desprès préconise beaucoup ce moyen. On lui a reproché, à juste titre la longeur du traitement, et le désagrément pour les malades de garder un petit séton dans la bouche pendant plusieurs mois. M. Desprès assure que les malades s'y habituent vite et n'en éprouvent bientôt aucune gêne. Il est permis d'en douter.

SECTION LENTE (Verneuil).

Voici comment ce chirurgien recommande ce procédé :

« J'ai vu échouer et réussir tous les moyens. Aussi ai-je été amené, dans un cas où plusieurs récidives avaient eu lieu successivement, à imaginer un procédé à section lente dont le succès a été complet. Avec une aiguille courbe armée d'un fil d'argent double, j'ai traversé le kyste de part en part, puis j'ai tordu chacun de ces fils sur le côté correspondant de la grenouillette. La section lente des parties étranglées par ces fils eut pour conséquence une large perte de substance, qui resta béante après leur chute.

Les fils d'argent étant un peu gênants pour les opérés, j'ai employé, dans un second cas, des fils élastiques.

AUTOPLASTIE.

Les inconvénients résultant de la présence d'un corps étranger dans la bouche ont engagé les chirurgiens à assurer la formation d'une fistule, par des opérations plus ou moins compliquées.

Le procédé, décrit par Jobert de Lamballe sous le nom barbare de *Batrachosioplastie,* consiste à exciser une portion de la muqueuse qui recouvre

la tumeur, tandis qu'on fait une incision simple ou cruciale à la paroi même du kyste ; ensuite on renverse les quatre lambeaux ainsi obtenus, et on les suture avec les bords de la muqueuse excisée. Pour faciliter la suture, Ricord a proposé de passer au travers de la grenouillette deux fils en croix avant de faire aucune incision ; puis, lorsqu'on a ouvert le kyste, on coupe les fils à leur point d'entrecroisement. Ils sont ainsi tout placés pour pratiquer la suture des quatre lambeaux, et les fixer aux bords de la muqueuse excisée.

Dans un autre procédé, indiqué par Barrier, on taille un lambeau triangulaire, intéressant toute la paroi supérieure de la tumeur, puis on engage dans une petite fente, ménagée à la base adhérente du lambeau, la pointe de celui-ci, et on la maintient dans cette situation par un point de suture.

Il importe de remarquer (Duplay) que ces opérations autoplastiques sont loin d'assurer la persistance de la fistule qu'on a voulu établir, et cette difficulté à créer une fistule permanente est un argument de plus en faveur de l'opinion qui place la majorité des grenouillettes en dehors du canal de Wharton ; car, s'il y avait réellement une dilatation de ce conduit, l'ouverture qu'on y pratique serait maintenue perméable par le passage continuel de la salive sous-maxillaire.

II.

Après l'étude générale des méthodes de traitement, j'en arrive à les appliquer aux différentes grenouillettes.

GRENOUILLETTE SUBLINGUALE VULGAIRE.

Ici, le but de l'opération doit être évidemment d'oblitérer la cavité.

Les injections iodées ou alcooliques et l'excision suivie de cautérisation se disputent la préséance. Les injections occasionnent plus d'accidents, sont plus sujettes à récidive, et ne sont pas d'une application aussi générale.

Voici comment il faudrait pratiquer, le cas échéant.

On fait une ponction avec un trocart un peu volumineux, à cause de la viscosité habituelle du liquide. Lorsque celui-ci s'est écoulé par la canule, il est nécessaire de laver abondamment les parois du kyste par des injections réitérées d'eau, jusqu'à ce que celle-ci ressorte claire. C'est le seul moyen d'assurer l'action de l'injection modificatrice sur la surface interne du kyste.

Si l'on voulait éviter le contact direct de la solution iodée avec la muqueuse buccale, on pourrait injecter de l'eau-de-vie à 60°, ou encore du vin rouge chaud.

Mais le traitement le plus sûr est l'excision suivie de cautérisation, d'après la pratique de M. Gosselin, que je prends dans le *Compendium* :

« Dans une première séance, M. Gosselin fait une large excision, en transperçant la tumeur avec un ténaculum et coupant avec des ciseaux courbes au-dessous de cet instrument. Il voit aussitôt le liquide glaireux s'écouler, et porte le doigt ou une sonde de femme vers l'extrémité postérieure de la plaie pour chercher si la cavité se prolonge loin de ce côté ; s'il en est ainsi, il agrandit avec des ciseaux. Il porte alors le crayon d'azotate d'argent sur tout ce qui reste de la surface interne de la poche. Le lendemain, il rouvre avec une sonde cannelée la plaie, dont les deux bords sont déjà agglutinés, et porte de nouveau le crayon d'azotate d'argent sur la surface interne du kyste. Le surlendemain il en fait autant ; puis, tous les deux jours, il revient à la cautérisation, après avoir écarté de nouveau avec la sonde cannelée ou le stylet les deux bords de la plaie. Lorsqu'il s'aperçoit que la réunion est déjà solide vers une des extrémités, et que le stylet indique la présence d'un trajet, il fait de nouveau une incision sur ce point et cautérise. En général, cinq cautérisations successives et une ou deux incisions secondaires lui ont suffi pour obtenir le résultat demandé. L'inflammation consécutive est modérée, on voit rarement le pus, mais on aperçoit chaque jour la surface granuleuse provoquée par la cautérisation. »

Il va sans dire que l'on peut substituer au nitrate d'argent un autre caustique : perchlorure de fer imbibant des tampons de charpie, chlorure de zinc, nitrate-acide de mercure, etc.

GRENOUILLETTE SOUS-MAXILLAIRE ET DU CANAL DE WHARTON.

Supposons que l'on ait reconnu une grenouillette aiguë de cette espèce. J'en ai discuté et admis l'existence ; — comme toute inflammation, on la traitera par des émollients et de antiphlogistiques locaux : cataplasmes, collutoires, onctions mercurielles au besoin. Il n'est pas probable que par ces moyens simples, s'il s'agit d'un corps étranger, on puisse empêcher la grenouillette d'arriver à la suppuration.

Mais si le pus est produit, il est indiqué, comme dans tout abcès, de mettre fin aux douleurs par une ponction ou une courte incision sur le corps étranger lui-même, qu'il sera ensuite facile d'extraire. Cette petite opération suffira le plus souvent pour amener la guérison.

Si la grenouillette est passée à la période kystique proprement dite, on aura recours à un des nombreux moyens que j'ai indiqués plus haut, soit pour dilater le canal de Wharton, soit pour établir une fistule permanente.

GRENOUILLETTE SUS-HYOÏDIENNE.

Il faut distinguer plusieurs cas, suivant qu'il existe une ou deux poches, et, lorsque les deux poches existent, suivant qu'elles communiquent ou non entre elles.

Si la grenouillette sublinguale, qui précède habituellement la grenouillette sous-maxillaire, a disparu au moment où le patient réclame l'intervention de la chirurgie, la ponction et l'injection iodée constituent un bon traitement.

La ponction sera faite d'après la méthode, et avec les précautions que j'ai déjà indiquées. Il y a peu d'inconvénients à la faire par la région sous-maxillaire. Cependant, si l'on tenait à éviter absolument la petite cicatrice cutanée qui en résulte, on pourrait faire la ponction à travers le plancher de la bouche, en ayant soin seulement de refouler, par la pression sur la poche extérieure, le liquide, de manière à soulever et à tendre la mu-

queuse. Dans ce dernier cas, on pourrait encore substituer à la teinture d'iode de l'eau-de-vie ou du vin rouge chaud.

Dans un cas, Chassaignac employa le drainage et les injections iodées. Ce traitement conviendrait peut-être aux cas de grenouillettes très volumineuses,dont la poche descend jusqu'à la partie inférieure du cou ; mais comme il entraîne forcément la suppuration et qu'il est d'une durée plus longue, il vaut mieux, dans tous les cas, débuter par la ponction suivie d'injection, sauf à avoir recours au drainage s'il y a récidive ou inflammation suppurative de la poche.

Lorsque la grenouillette sus-hyoïdienne coexiste avec une grenouillette sublinguale, la conduite du chirurgien différera suivant que les deux tumeurs communiqueront ou seront indépendantes. Cependant, comme il n'est pas toujours possible de reconnaître d'une manière certaine, avant la ponction, la communication des deux poches, il est préférable d'attaquer d'abord, dans tous les cas, la tumeur sublinguale.

Celle-ci sera traitée comme je l'ai déjà indiqué.

Si l'ouverture de la glande sublinguale fait constater l'indépendance des deux kystes, il ne reste qu'à traiter la grenouillette sus-hyoïdienne par la ponction, que l'on pratiquera de préférence dans une autre séance et après guérison de la grenouillette sublinguale.

Si, au contraire, la communication existe entre les deux grenouillettes, on fera par l'orifice de communication pénétrer un trocart dans la poche sus-hyoïdienne, et on la traitera, comme dans le premier cas, par les lavages à l'eau d'abord, et l'injection alcoolique en dernier lieu.

Si l'on veut bien se reporter à l'observation de M. Dieu, on verra que ce chirurgien eut une conduite plus hardie : il pratiqua la dissection et l'ablation de la poche par une incision sus-hyoïdienne. Le résultat fut satisfaisant; mais, comme le fait remarquer M. Delens, il n'y a pas lieu cependant d'abandonner les moyens plus simples, tels que les injections irritantes.

GRENOUILLETTE SÉREUSE.

La grenouillette aiguë, subite de la bourse de Fleischmann, telle que la

décrit Tillaux, serait traitée par la ponction immédiate, si elle menaçait le malade de suffocation, et en attendant que le diagnostic de son origine ait indiqué un mode de traitement rationnel.

A l'état chronique, cette tumeur serait traitée comme une grenouillette sublinguale ordinaire.

Quant aux grenouillettes congénitales, on peut en admettre deux espèces: les unes uniloculaires et analogues à celles de l'adulte, les autres multiloculaires et qui ne sont autre chose qu'une extension à la base de la langue des kystes congénitaux du cou. Or les premières ne nécessitent souvent aucune opération à cause de leur petitesse, et, tant qu'elles n'entravent pas la nutrition de l'enfant, il est prudent de n'y pas toucher. En dehors de ces cas, comme l'a indiqué Giraldès, l'excision est le meilleur moyen de traitement. Foucher faillit perdre d'asphyxie un jeune enfant, pour avoir pratiqué une injection iodée dans la cavité d'une grenouillette.

Quant aux kystes congénitaux multiloculaires, il est prudent de se borner à des ponctions répétées sur les différents points de la tumeur.

GRENOUILLETTE DERMOÏDE.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les kystes dermoïdes doivent être traités par l'extirpation. Ces kystes s'inoculent sans la moindre difficulté, ils ne sont adhérents que par un point, et le siège de cette adhérence est constamment au niveau des apophyses géni (Verneuil).

Certains chirurgiens, Denonvilliers, Th. Anger, ont éprouvé des difficultés d'extirpation. Ces difficultés doivent être attribuées aux traitements divers essayés antérieurement, et particulièrement aux modifications, aux adhérences que les caustiques ont fait subir à la poche.

GRENOUILLETTE SANGUINE.

Dolbeau proscrit toute espèce de traitement chirurgical. En effet, chez un malade opéré par Nélaton, qui croyait avoir affaire à une grenouillette ordinaire, une phlébite grave suivie d'infection purulente entraîna la mort.

Cependant Denonvilliers et Gosselin pensent que si la tumeur devient gênante, on pourrait y pousser avec la seringue de Pravaz une injection de 10 à 15 gouttes de perchlorure defer à 15° ou 16°. En cas d'insuccès, il faudrait exciser et cautériser avec le nitrate d'argent ; puis, s'il se produit une hémorrhagie, la combattre par l'eau de Rabel ou le perchlorure de fer, et la compression.

GRENOUILLETTE HYDATIQUE.

Dans la seule observation que l'on connaisse, rapportée par Laugier, voici quel fut le traitement employé par M. Gosselin:

Incision, suivie de l'excision d'une partie de la paroi. Lavages fréquents. Usage répété d'injections de teinture d'iode et du crayon de nitrate d'argent.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

A. Il n'existe pas une grenouillette, mais des grenouillettes.

La plus fréquente est la grenouillette développée dans la glande sublinguale.

Longtemps admis à l'exclusion de tous les autres, les kystes du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire sont des faits rares, mais bien établis.

Les deux variétés précédentes peuvent se compliquer d'un kyste sus-hyoïdien.

L'existence de la bourse de Fleischmann est discutée, aussi bien que la variété de ranule dont elle serait le siège.

La plupart des grenouillettes séreuses congénitales résultent de l'extension à la région sublinguale des kystes séreux du cou.

Il existe une quinzaine de cas de kystes dermoides-sublinguaux, branchiaux ou hétérotopiques.

On possède quelques observations de grenouillettes sanguines, les unes

communiquant toujours avec la cavité d'un vaisseau, les autres séparées du courant sanguin.

Un fait de kystite hydatique de cette région est demeuré unique.

B. L'Étiologie et la Pathogénie des grenouillettes offrent encore beaucoup de problèmes à résoudre.

S'il en est de congénitales, elles atteignent principalement l'âge moyen de la vie.

C. Les ranules ont presque toujours une marche chronique, tout en étant susceptibles de poussées inflammatoires.

D. Il n'est pas toujours facile, au point de vue du Diagnostic clinique, de séparer nettement les diverses variétés de grenouillettes.

E. Ces tumeurs ne compromettent pas l'existence en général. L'inconvénient le plus sérieux est la difficulté de la guérison et la tendance à la récidive.

F. Aucun Traitement ne met sûrement à l'abri de la récidive.

L'extirpation, quand elle est possible, est le seul procédé radical.

L'excision et la cautérisation combinées sont les moyens par excellence.

Vu :
Le Président-Censeur,
CAVALIER.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Les carbures d'hydrogène gazeux. Le gaz d'éclairage. Sa composition et ses propriétés délétères.

Physique médicale.

Théorie des appareils électro-magnétiques employés en médecine.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Exposer la structure de la sangsue. Énumérer les émétiques fournis par le règne végétal.

Anatomie.

Texture de la matrice à l'état de vacuité et pendant la grossesse.

Anatomie Pathologique et Histologie.

L'altération anatomique dans l'alcoolisme chronique.

Physiologie.

Des fonctions de l'ovaire.

Pathologie médicale ou interne.

Diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme.

Pathologie chirurgicale ou externe.

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale.

De l'ergot de seigle et de ses indications.

Opérations et Appareils.

Du traitement de l'inversion utérine.

Médecine légale et Toxicologie.

De la superfétation.

Hygiène.

Énumérer et décrire les principaux champignons toxiques.

Accouchements.

De l'hémorrhagie utérine au dernier terme de la grossesse.

Clinique interne.

Caractères cliniques de la phtisie galopante.

Clinique externe.

Du traitement de l'anévrisme artérioso-veineux.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Du délire en général.

Titre de la Thèse à soutenir.

Des Grenouillettes.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!